Rok XLIII. Kraków 13 Lutego 1904. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

O znieczulaniu rdzeniowem tropokokainą sposobem Guinard-Kozłowskiego.

Podał

Dr. Antoni Rydygier (syn).

(Według wykładu na XIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Jeszcze do roku przeszłego zachowywaliśmy się bardzo nieufnie względem znieczulenia rdzeniowego i dopiero modyfikacya sposobu Guinard-Kozłowskiego zachęciła nas do próbowania tej metody. A to nietylko dla tego, że tak postępując, mniej narażamy chorego na możliwe zakażenie, ale głównie z tej przyczyny, że, jak Kozłowski zaręczał, stosując tę metodę, wyjątkowo tylko, a zawsze w niewielkiem natężeniu występują wymioty, ból głowy i podwyższenie ciepłoty, co zresztą i my w naszych przypadkach stwierdziliśmy.

Zaczęliśmy od małego ulepszenia, a mianowicie rozpuszczamy tropokokainę odrazu w strzykawce Luera, z której poprzednio tłok usunięto, łapiąc wprost do niej płyn mózgowordzeniowy. O ile nam wiadomo, to i Kozłowski skasował za naszym przykładem naczyńko do rozpuszczania tropokokainy. Igłę wkłuwamy nie — jak radzi Tuffier — między 4-tym a 5-tym kręgiem lędźwiowym, lecz — jak w ostatnich czasach ogólnie zostało przyjęte — między 1-szym a 2-gim, t. j. na linii, łączącej tylne kąty ostatniej pary żeber.

Raz nie udało nam się otrzymać ani odrobiny płynu mózgowo-rdzeniowego i musieliśmy przejść do ogólnego znieczulenia. Przyczyną tego mogło być zatkanie się igiełki podczas przebijania. Później w takich razach, — bardzo zresztą rzadkich, — aspirowaliśmy dobrze ciągnącą strzykawką, lub przepychaliśmy igłę drucikiem, lecz czyniliśmy to niechętnie. Czasem wystarczy okręcenie igiełki około jej osi, lub kaszlnięcie chorego, żeby ciecz nagle wytrysnęła.

Na 49 przypadków dwa razy znieczulenie nie nastąpiło i trzeba było powrócić do chloroformu. W trzech przypadkach znieczulenie minęło za prędko i musiano dla zakończenia zabiegu lekko chloroformować, względnie odurzać eterem, przyczem jednak trzeba przyznać, że i w tych przypadkach trwało więcej niż $^3/_4$ godziny. Zresztą byliśmy z tej metody zawsze bardzo zadowoleni, tembardziej, że z wyjątkiem występowania niekiedy niezbyt ciężkiego bólu głowy i bardzo rzadko wymiotów, żadnych nieprzyjemnych powikłań nie zauważyliśmy. Ciepłota nieomal zawsze podnosiła się od 37·8 do 38·6° C., lecz to żadnego nie miało znaczenia i choremu nie sprawiało podmiotowej przykrości, tembardziej, że podniesienia się ciepłoty bywały nadzwyczaj krótkotrwałe tak, że przy dwurazowem mierzeniu wcale ich nie uważano i dopiero gdyśmy co godzinę mierzyli ciepłotę, spostrzegliśmy, że prawie zawsze istnieje małe podwyższenie, którego szczyt przypada na 10-tą godzinę po zabiegu, czyli u nas na godziny nocne.

Co do bolu głowy, to podnieść należy, że wtedy tylko bywa silniejszy i połączony z bolem i sztywnością karku, jeśli się operowało dłuższy czas w ułożeniu Trendelenburga, które, przynajmniej w formie przedłużonej, przy znieczuleniu rdzeniowem uważamy za niekorzystne. Wymioty wystąpiły tylko w trzech przypadkach, dwa razy bezpośrednio po znieczuleniu, raz przez dłuższy czas, bo się utrzymywały i w dniu następnym. Na jedno jeszcze chciałbym zwrócić uwagę: trzech chorych podczas operacyi bezwiednie oddało stolec i wiatry, co w jednym przypadku, przy przepuklinie uwięźniętej, było bardzo pożądaną rzeczą dla operatora, gdy miał natychmiastowy skutek swego zabiegu i odrazu mógł się przekonać o przywróceniu drożności jelit. Niektórzy autorzy tłómaczą sobie ten objaw porażeniem zwieracza; my zaś raczej dopatrujemy tu wzmożenia ruchu robaczkowego jelit przy współczesnem znieczuleniu odbytu. Przy operowaniu przepuklin mieliśmy sposobność widzenia, w jakiem napięciu są jelita i jak ich ruch robaczkowy jest wzmożony. To nas właśnie do poprzedniego mniemania skłoniło.

Co do przeciwwskazania do stosowania znieczulenia rdzeniowego, to właściwie tylko zbyt wysokie położenie pola operacyjnego za takie uważać można; myśmy wykonywali operacye aż po linię pępkową; wycięcie nerek w tem znieczuleniu przebiegało zupełnie bezboleśnie. Zależy od woli, a raczej, od przekonań operatora, czy ma stosować tropokokainę mniej, lub więcej często. Stanowcze jednak wskazania do tego sposobu znieczulania widzimy w cierpieniu nerek, gdzie nam na tem zależy, aby środkiem znieczulającym schorzałych już i tak nerek jeszcze bardziej nie drażnić.

Na zakończenie pozwolę sobie przedstawić wykaz operacyi, dotychczas dokonanych w tem znieczuleniu w klinice lwowskiej:

Sectio alta (przy kamicy pęcherzowej) 2 razy; *Abrasio mucosae vesicae* 1; *Oper. radicalis haemorrhoid. modo* Riedel 5; *Oper. radicalis haemorrhoid. modo* Esmarch 2; *Oper. rad. herniae modo* Kocher 13; *Oper. rad. herniae modo* Bassini-Postępski 5; *Resectio genus modo* Textor-Gepr. Koenig 5; *Nephrectomia* 2; *Resectio recti modo* Kraske-Rydygier 1; *Operatio radicalis hypospadiasis modo* Beck 1; *Appendectomia* 3; *Castratio* 1; *Amput. cruris diacondylica* 1; *Resectio intracapsularis prostatae modo* Rydygier 1; *Amput. recti modo* Lisfranc 1; *Extirp. gl. lymph.*

ingu. supp. 1; *Oper. rad. hydrocel. m.* Winckelmann 1; *Amput. penis* 1; *Op. rad. herniae m.* Czerny 1; *Op. rad. varicocele* (Trendelenburg) 1.

II. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał
Dr. Leon Popielski
docent fizyologii.

(Dokończenie).

VI.

W doświadczeniach nad działaniem pilokarpiny na ustrój, łatwo spostrzedz inne jeszcze zjawiska, nad któremi bliżej należy się zatrzymać, a mianowicie: 1) oddawanie kału; 2) wydzielanie się moczu; 3) wydzielanie żółci; 4) wymioty i nudności.

1) Kał w początku bywa twardy, od zewnątrz powleczony ciągnącym się śluzem, a następnie staje się rzadkim, jakby rozprowadzonym płynem wodnistym Przyczyny oddawania kału są jasne: spotęgowany ruch robaczkowy kiszek i zwiększona ilość wydzieliny w kiszkach. Na spotęgowanie ruchu robaczkowego kiszek wskazuje także fakt peryodycznego wydzielania się płynu z przetoki żołądkowej w kształcie strumienia: ruch robaczkowy przerzuca nagromadzoną wydzielinę z kiszek z jednej strony do żołądka, a z drugiej w kierunku odwrotnym przewodu pokarmowego — ku odbytnicy. Zwiększenie ruchu robaczkowego kiszek pod wpływem pilokarpiny jest faktem już oddawna zaznaczonym, który mogę potwierdzić i ja na zasadzie własnych doświadczeń, przeprowadzonych na psach w r. 1896 i na kotach w r. 1900; z całą dokładnością mogłem widzieć bardzo energiczne ruchy robaczkowe kiszek. To spotęgowanie ruchów robaczkowych kiszek zależy, jak to wykazały badania różnych autorów, od działania pilokarpiny na mięśnie gładkie jelit.

2) Przechodząc do faktu zwiększonego oddawania moczu pod wpływem pilokarpiny, należy zastanowić się nad pytaniem, jakiego jest ono pochodzenia? Czy oddawanie moczu jest wyrazem działania pilokarpiny na mięśnie gładkie pęcherza moczowego, czy też przyczyną tego aktu jest działanie pilokarpiny na sam narząd, wytwarzający mocz, na nerki? Warunki dla zwiększenia wydzieliny pod wpływem pilokarpiny mamy bardzo sprzyjające: rozszerzenie naczyń krwionośnych w nerkach i zwiększone ciśnienie krwi z powodu szybszego bicia serca. Nie może tu być mowy o zwyczajnem tylko wydaleniu moczu, nagromadzonego w pęcherzu przed doświadczeniem, a to dlatego, że zwiększone oddawanie moczu zachodziło i przy opróżnionym uprzednio pęcherzu moczowym. I rzeczywiście mocz wydzielał się w znacznej ilości i często.

3) Nie tak łatwo jest jednak rozstrzygnąć pytanie, jakie działanie wywiera pilokarpina na wątrobę. W doświadczeniach wyżej przytoczonych widzieliśmy, że z przetoki żołądkowej wypływa żółć albo w stanie czystym, albo w charakterze domieszki, zabarwiającej wydzielinę na żółto-zielono. Zawiłość tego pytania zwiększa się jeszcze i z tego powodu, że warunki fizyologiczne wytwarzania się żółci są nam zupełnie nieznane. Niektórzy wskazują na rozszerzenie naczyń krwionośnych, jako na warunek sprzyjający wytwarzaniu się żółci. Zdanie to oczywiście jest słuszne, albowiem krew dostarcza tego materyału, który komórki wątrobowe przerabiają na żółć. Jednak niemniej słusznem jest także i to, że stan komórek wątrobowych odgrywa pierwszorzędną rolę w sprawie powstawania żółci. A tymczasem zupełnie nie znamy tych warunków, które podnoszą lub obniżają ich wytwórczą czynność. W doświadczeniach swoich, wykonanych w r. 1899, przekonałem się, że drażnienie n. błędnego wywołuje znaczne i natychmiastowe zwiększenie wydzieliny. Że w doświadczeniach moich żółć wydzielała się niewątpliwie z wątroby, wynika z tego, że podwiązywałem przewód pęcherzykowy i w ten sposób odosobniałem zupełnie pęcherzyk żółciowy od przewodu wątrobowego i żółciowego. Z faktu tego można byłoby wyprowadzić wniosek, że komórki wątrobowe znajdują się pod wpływem takich samych nerwów wydzielniczych, jak komórki ślinianek, żołądka, trzustki i że wobec tego warunki czynności komórek wątrobowych są takie same, jak i innych gruczołów. Niestety fakt ten nie został należycie zanalizowany (doświadczenia w tym kierunku przerwałem); dlatego trudno powiedzieć, czy nerw błędny działa na komórki wątrobowe, czy też działa na mięśnie gładkie przewodów wydzielniczych. W wysokim stopniu doniosłych badaniach prof. Browicza nad budową wątroby mamy poważną podstawę do przypuszczania, że czynność komórek wątrobowych nie różni się niczem od czynności komórek innych gruczołów wydzielniczych. A mianowicie prof. Browicz wykazał, że przewody żółciowe są zupełnie odosobnione od układu krwionośnego i że przedstawiają taki sam układ niezależny przewodów wydzielniczych, jakie widzimy i w innych gruczołach. Fakt ten przemawia za tem, że czynność wydzielnicza wątroby znajduje się w takim samym stosunku do układu krwionośnego, jak czynność wydzielnicza ślinianek, trzustki i t. d. W najnowszych doświadczeniach Fleiga *(Comptes rendus de la société de Biologie, 1903)* znajdujemy fakt, że kwas solny, wprowadzony do dwunastnicy, wywołuje odruchowo wydzielinę żółci. Wydzielanie to jednak jest wynikiem działania kwasu solnego na mięśnie gładkie pęcherza żółciowego, albowiem w moich doświadczeniach, po przewiązaniu przewodu pęcherzykowego, wprowadzony do dwunastnicy HCl nie wywoływał wydzielania żółci. Widzimy więc stąd, jak bardzo niedostateczne są nasze wiadomości o fizyologicznych warunkach czynności wątroby i jak z tego powodu trudno się oryentować w tych przypadkach, w których należy dokładnie określić, skąd pochodzi spostrzegana przez nas wydzielina żółci: z pęcherza żółciowego, czy też bezpośrednio z komórek wątrobowych? Przechodząc do pilokarpiny, spotykamy jednak fakty, których analiza każe przypuszczać z dużem prawdopodobieństwem, że alkaloid ten wywołuje skurcz mięśni gładkich pęcherzyka żółciowego i w ten sposób sprowadza zwiększoną wydzielinę żółci. Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę fakt, że w niektórych doświadczeniach, jak n. p. w doświadczeniu Nr. 4, wydziela się bardzo nieznaczna ilość żółci i to pod koniec doświadczenia, czego naturalnie nie mogłoby być, gdyby pilokarpina działała na komórki wątrobowe. Również w innych doświadczeniach, chociaż żółć wydzielała się w znacznej ilości, jednak także nie stale, a tylko peryodycznie. Naturalnie, powyższe przypuszczenie co do działania pilokarpiny jest tylko prawdopo-

dobnem, jednak nie bezwzględnie pewnem, albowiem żółć może się wytwarzać w samych komórkach wątrobowych i nagromadzać w pęcherzyku żółciowym, a stąd dopiero przechodzić do dwunastnicy: takie samo otrzymamy zjawisko, gdyby żółć wypływała bezpośrednio z pęcherzyka żółciowego. Co prawda, badania histologiczne i fizyologiczne prof. Kuljabko przemawiają za tem, że na komórki wątrobowe pilokarpina nie wywiera żadnego działania, gdyż w najdrobniejszych rozgałęzieniach dróg żółciowych prof. Kuljabko nie znajdował zwiększonej ilości żółci pod wpływem pilokarpiny.

4) Przechodząc teraz do wymiotów i nudności, przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy nie są one przyczyną braku wydzielania się soku żołądkowego i trzustkowego pod wpływem pilokarpiny?. Wiadomo bowiem z doświadczeń Bernsteina, że wymioty przerywają wydzielinę soku trzustkowego, a najprawdopodobniej także i żołądkowego. Za tem przypuszczeniem przemawia napozór ten fakt, że pilokarpina wywołuje znaczną wydzielinę śliny, t. j. działa pobudzająco na takie gruczoły, które mają nadzwyczaj słabo rozwinięty układ nerwów hamujących, które natomiast silnie są rozwinięte w gruczołach żołądkowym i trzustce. Stąd wynikłby wniosek, że dla otrzymania wydzieliny soku trzustkowego i żołądkowego należałoby brać takie dawki pilokarpiny, które nudności i wymiotów nie wywołują. Tymczasem w doświadczeniach Czuryłowa, przeprowadzonych na psach z przewlekłą przetoką żołądkową, dawki pilokarpiny nie wywoływały zupełnie nudności, a jednak sok żołądkowy nie wydzielał się wcale. Również w swoich doświadczeniach na kotach, którym przecinałem n. n. błędne, zawierające w sobie n. n. hamujące, nie otrzymywałem wcale wydzieliny soku trzustkowego. Z drugiej strony, pomimo nudności, sok trzustkowy wydziela się w warunkach, przezemnie wskazanych, a mianowicie w obecności kwasu solnego w jelitach cienkich, co ma naprzykład miejsce u zwierząt niedawno nakarmionych przed doświadczeniem. Oprócz tego należy zauważyć, że pilokarpina jest tym środkiem, który według zdania wielu badaczy poraża czynności n. n hamujących. Tak Vulpian utrzymuje, że pilokarpina poraża n. n. hamujące gruczołów potnych; Arloing — gruczołów pyska (*moufle*) byków. Ostrogorski w rozprawie, wykonanej pod kierunkiem prof. Pawłowa, przychodzi do wniosku, że pilokarpina poraża zakończenia n. n. hamujących gruczołu podszczękowego. Za podstawę do podobnego wniosku służył mu fakt, że po przecięciu wszystkich nerwów odśrodkowych, idących do gruczołu podszczękowego: struny bębenkowej, n. spółczulnego, można jednak otrzymać odruchową wydzielinę śliny przy drażnieniu dośrodkowego końca n. kulszowego, jeżeli tylko zwierzęciu przedtem została wprowadzona pilokarpina, naturalnie w dawkach, które same przez się nie wywoływały wydzieliny. W swoich doświadczeniach (na psach i kotach) nie mogłem stwierdzić wniosków wyżej przytoczonych autorów, gdyż stwierdziłem, że pilokarpina nie poraża zakończeń obwodowych n. n. hamujących trzustki.

W każdym razie w żadnem ze swoich doświadczeń nie mogłem wykazać, aby pilokarpina podnosiła ich pobudliwość. Wreszcie pomimo wymiotów i nudności, ślina, łzy wydzielają się obficie, a w niektórych doświadczeniach, jak to wykazałem wyżej, można otrzymać wydzielelinę (prawda niewielką) i soku trzustkowego. Jakie jest jednak pochodzenie wymiotów i nudności? Czy są zjawiskiem pierwotnem, zależnem od działania pilokarpiny na ośrodki nerwowe, czy też zjawiskiem wtórnem, towarzyszącem obfitemu wydzielaniu się śliny w jamie ustnej? To drugie przypuszczenie zdaje się być najprawdopodobniejszem, albowiem wymioty i nudności występują znacznie później, aniżeli wydzielina śliny, czego nie mogłoby być, gdyby pilokarpina bezpośrednio działała na ośrodki wymiotne, zwłaszcza, jeżeli mieć będziemy na względzie łatwą ich pobudliwość. Aby się przekonać, jakie ślina ma znaczenie dla pochodzenia wymiotów, wykonałem następujące doświadczenie: pod chloroformem przewiązałem u zupełnie zdrowego psa z obydwóch stron przewody gruczołów podszczękowego i przyusznego (przewody Wartona i Stenona), a następnie po 2 dniach przystąpiłem do doświadczenia, wprowadzając pod skórę brzucha $3^1/_2$ ctm $1^0/_0$ pilokarpiny Wyniki tego doświadczenia są w wysokim stopniu pouczające: wymioty nastąpiły znacznie później, niż zwykle, a mianowicie po upływie $23^1/_2$ minut i to wtenczas, kiedy w jamie ustnej zaczął się gromadzić śluz z powierzchownych gruczołów błony śluzowej jamy ustnej. Jasnem jest więc, że wymioty pod wpływem pilokarpiny są pochodzenia wtórnego, — zjawiskiem, towarzyszącem obfitemu wydzielaniu się śliny. Pozwolę sobie w całości przytoczyć wyżej wspomniane doświadczenie:

Doświadczenie 7. Pies nr. 3, wagi 10000,0. 20. IX. 1903.

O g. 1—44' wprowadzono pod skórę $5^1/_2$ ctm. $1^0/_0$ chlorku pilokarpiny;

o g. 1—54' z nosa i oczów pokazała się wydzielina.
1—56' z oczów cieką łzy. Pies oblizuje się.
2—02'. Pies oddaje kał.
2—04'. Z pyska pokazuje się ciągnący się gęsty śluz.
2—05'. Pies oddaje mocz.
2—07'. Śluz wydziela się obficie.
$2—07^1/_2$'. Wymioty.
2—08'. Pies oddaje kał.
2—17'. Wymioty żółcią.
2—24'. Wymioty. Śluz z pyska wydziela się dość obficie.

Na zasadzie tego, co wyżej przytoczyłem, mogę co do działania pilokarpiny na ustrój wyprowadzić następujące wnioski:

1) Pilokarpina wywołuje obfitą wydzielinę śliny i łez;

2) pobudza do zwiększenia ilości moczu, zawdzięczając to rozszerzeniu naczyń krwionośnych w nerkach i podniesionemu parciu krwi;

3) wywołuje obfitą wydzielinę soku kiszkowego i śluzu z gruczołów śluzowych żołądka i kiszek;

4) działa na mięśnie gładkie, pobudzając ruch robaczkowy kiszek, wskutek czego wydziela się z przetoki żołądkowej *a*) obfita ilość treści kiszek, soku kiszkowego i żółci; *b*) wydala się kał początkowo twardy, powleczony śluzem, a następnie wodnisty, rozrzedzony sokiem kiszkowym Analiza płynu, wyciekającego z przetoki żołądkowej, wykazuje, że nie jest on sokiem żołądkowym, ani trzustkowym, a przedstawia się w postaci płynu złożonego, w skład którego wchodzą: 1) gęsty śluz; 2) żółć i 3) w przeważnej części sok kiszkowy;

5) pilokarpina nie wywołuje wydzieliny soku trzustkowego i żołądkowego;

6) wywołuje natomiast wymioty i nudności w sposób wyżej podany.

VII.

Przytoczony wykaz bynajmniej nie wyczerpuje wszystkich stron działania pilokarpiny na ustrój; wystarcza jednak, aby nabyć przekonania, że pilokarpina nie jest środkiem o elektywnych 'własnościach, działających wyłącznie tylko na pewne narządy, lub tkanki. Już sam ten fakt, że pilokarpina pobudza do czynności gruczoły ślinne, a nie podnieca czynności innych gruczołów trawiennych, wykazuje, że sława pilokarpiny, jako środka wyłącznie wydzielniczego, niema faktycznych podstaw. Jak wyżej wydzieliśmy, pilokarpina działa na różnorodne narządy i tkanki (serce, naczynia krwionośne, mięśnie gładkie, ślinianki, nerki).

Jeżeli jednak w pilokarpinie lub w jakimkolwiek innym przetworze nie możemy dopatrzeć działania na wszystkie narządy, zależy to od niejednakich anatomicznych właściwości, śród których odbywa się czynność tego lub innego narządu. W roku 1903 prof. Krawkow („Ruskij Wracz“, 1903) zauważył zupełnie słusznie, że wspólność składu chemicznego rozmaitych tkanek nie daje jeszcze rękojmi, aby jakikolwiek środek działał wyłącznie tylko na pewne narządy. Jeżeli jednak zauważymy, że w istocie niektóre narządy zostają jak gdyby nietknięte przez pewne leki, zależy to od anatomicznych i fizyologicznych warunków, w jakich znajduje się dany narząd.

Przypuścić jednak należy, że oprócz warunków anatomicznych i fizyologicznych, wpływających na objawy działania tego lub innego leku na jeden lub drugi narząd, odgrywa rolę i skład chemiczny jego komórek, który pomimo wspólności budowy, przedstawia w poszczególnych przypadkach pewne różnice, jak chemiczna budowa mięśni i tkanki nerwowej i t. d. Naprzykład działanie wprowadzonego do krwi leku może się odbywać w ten sposób, że nie wchodząc w związek chemiczny z komórkami ustroju, działa on na nie podniecająco. W tym przypadku będziemy mieli ogólne pobudzające działanie lekarstwa na wszystkie komórki ustroju, przyczem rzecz prosta, anatomiczne i fizyologiczne warunki zachowują swoje znaczenie: do niektórych tkanek przystęp pewnego leku może być utrudniony, albo jednocześnie z zadaniem leku następuje jego wydzielanie. W innych jednak przypadkach lek może wchodzić z komórkami ustroju w związek chemiczny, wskutek czego będą powstawać w rozmaitych narządach nowe ciała, mniej lub więcej trwałe. Ciała te (względnie ciało) mogą być podniętą dla komórek pewnego narządu, albo mogą zupełnie naruszyć budowę niektórych komórek i porażać ich czynność. Weźmy naprzykład środki sercowe: oprócz wspólnego im wszystkim działania fizyologicznego widzimy wyraźne ich działanie zbiorowe, co najprawdopodobniej jest zależne od powstawania ciał trwałych w komórkach serca. Okoliczność ta wskazuje jednocześnie na wspólność tego chemicznego ciała, które w środkach sercowych jest pierwiastkiem czynnym.

Wreszcie z tego faktu, że niektóre naprzykład alkaloidy, wprowadzone do ustroju w postaci soli kwasów: HCl, H_2SO_4, HNO_3 i innych, działają zawsze jednakowo, wynika, że czynnym w nich pierwiastkiem jest nie sama sól w całości, ale jej jony, mianowicie jon niekwasowy, ale, ten w skład którego wchodzi alkaloid. Tak naprzykład przy wprowadzeniu Pil. (pilokarpina). Cl., Pil. HSO_4, Pil. NO_3 pierwiastkiem czynnym jest Pil. Stąd wynika, że działanie pewnego leku będzie tem energiczniejsze, im większą liczbę jonów wolnych, t. j. czynnych (które jedynie wstępują w związki chemiczne), wprowadzimy do ustroju. Liczba zaś tych działających jonów, stosownie do teoryi Arheniusa-Vant' Hoff'a będzie proporcyonalną do koncentracyi danego leku tylko do pewnych granic.

Teorya bowiem Arheniusa głosi: „liczba wolnych jonów tem jest stosunkowo większą, im słabszą jest koncentracya rozczynów“. Z zwiększeniem koncentracyi rozczynów liczba wolnych jonów nie zwiększa się proporcyonalnie. Dlatego też koncentracyę rozczynów[1]), wprowadzonych w charakterze leków, należy zwiększać tylko do otrzymania największej liczby wolnych jonów. Stąd wynika, że najenergiczniejsze działanie jakiegobądź leku otrzymamy nie po wprowadzeniu najmocniejszego rozczynu, ale po dostarczeniu największej liczby wolnych, t. j. działających jonów, co, jak widzieliśmy, nie idzie w parze z koncentracyą.

Z własnego doświadczenia laboratoryjnego wiem dobrze, jak ważnem jest dla pewności działania leku, naprz. morfiny, kurary, wprowadzenie odpowiedniej dawki. Zadając niewłaściwe ilości, można wprowadzić bardzo dużo morfiny i nie osiągnąć żądanego skutku. Dlatego też umiejętne dawkowanie lekarstw jest bardzo ważnym warunkiem powodzenia w leczeniu. W obecnym czasie przy braku nowych badań, dotyczących zasadniczych podstaw rozczynów, z konieczności wypada kierować się spostrzeganiem i każdemu z nas wiadomo, do jak znakomitych wyników dochodzą doświadczeni lekarze praktycy, umiejący w odpowiedni sposób dawkować lekarstwa.

Należy oczekiwać że przy wprowadzeniu ścisłych metod chemii fizycznej do farmakologii zostaną wyjaśnione liczne zawiłe strony działania rozmaitych lekarstw.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego R. Dw. Prof. Dr. H. Jordana.

Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.

Skreślił

Dr. Bruno Wojciechowski,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Sprawa trafnego rozpoznania krwisteku macicznego i właściwego jego leczenia jest głównym celem tej pracy.

Łatwo zrozumieć, że wielka różnorodność wad rozwojowych i nabytych, sprowadzających krwistek, pociągnąć musi za sobą równie wielką rozmaitość objawów z jednej strony, a zabiegów operacyjnych z drugiej, co dochodzi do tego stopnia, że niepodobna chyba w sposób dość wyczerpujący przewidzieć wszelkich możliwych kombinacyi i powikłań i w ten sposób temat dosadnie wyczerpać. Opierając się jednak choćby tylko wyłącznie na naszym materyale, wypadnie nam przedewszystkiem dotknąć pewnych zaga-

[1]) Zauważyć należy, że nie wszystkie ciała posiadają zdolność rozkładania się na jony, a tylko ciała zwane elektrolitami. N. p. cukry (sacharazy) zdolności tej nie posiadają.

dnień spornych, zatem tem ciekawszych, a odnoszących się ogólnie do krwisteków macicznych, a nadto nastręczy się również sposobność do poruszenia pewnych cech, stanowiących właściwości owych czterech grup naszych przypadków. Dodaję przytem, że uwzględniłem przystępne mi piśmiennictwo z ostatniego lat dziesiątka.

Już na punkcie etyologii niedrożności dróg rodnych, a w szczególności na punkcie określenia, które przypadki krwisteku macicznego zawdzięczają swe powstawie wadzie rozwojowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, a które niedrożności nabytej, spotykamy różnice zdań bardzo wybitnych autorów. Do dyskusyi nad tą sprawą przedewszystkiem daje powód zjawisko, nie dające się łatwo wytłómaczyć, że treść krwisteku, tworzącego się przy niedrożności, uważanej za wrodzoną, a więc nie zakażona od zewnątrz, wywołuje tak często, skoro się wyleje do otrzewnej, objawy ostrego zapalenia, co świadczy niewątpliwie o zawartości drobnoustrojów chorobotwórczych w tej treści. Przy usiłowaniu zrozumienia tej rzeczy pominąć nie można przedewszystkiem stanowiska, jakie na podstawie badań embryologicznych zajmuje Nagel (także Veit, Kinderlen i in.) wobec etyologii krwisteku trąbki. Twierdzi on słusznie, że warunkiem do nagromadzenia się krwi w trąbce jest niedrożność jej ujścia brzusznego, czyli zrosty około strzępków. Zrosty takie są następstwem sprawy zapalnej, zawdzięczającej swe powstanie wylewowi krwi miesiączkowej z trąbki do jamy otrzewnowej (rzecz obojętna, czy ta krew pochodzi ze ścian trąbki, czy z nadmiaru treści w trzonie, przedostającej się tu z powodu podatności ściany macicy w okolicy ujścia trąbki). Nagel nie wierzy w możliwość, aby zwykła, niezakażona krew miesiączkowa zdolna była do wywołania sprawy zapalnej na otrzewnej, z czego w dalszym ciągu wysnuwa wniosek, że wykluczyć należy z szeregu wrodzonych niedrożności przewodu rodnego wszystkie przypadki, powikłane krwistekiem trąbki, sądząc, że powikłanie to może powstać jedynie jako następstwo przebytej kiedyś, może w dzieciństwie, sprawy zapalnej, która sprowadziła zarośnięcie przewodu rodnego w jakiemkolwiek miejscu, że jest więc oznaką zarośnięcia nabytego, a nie wrodzonego. Zatem według Nagla największa część tak zw. niedrożności wrodzonych jest pochodzenia późniejszego, nabyta, powstała przeważnie w życiu pozamacicznem. Za zarośnięciem wrodzonem świadczą jedynie przypadki równoczesnego niedokształtu całego przewodu Müllera, a przedewszystkiem niepowikłane krwistekiem trąbki.

J. Veit popiera klinicznie to zapatrywanie, wykazując, że często spotyka się w przegrodzie tkankę bliznowatą i twierdzi również, że własności zakaźne treści krwisteku świadczą zawsze o jego pochodzeniu zapalnem. Jeżeliby zdanie to było słusznem, to wystąpienie zapalenia otrzewnej po pęknięciu krwisteku trąbki byłoby czemś zupełnie naturalnem; przypadek zaś inny, gdzie po tem samem zdarzeniu otrzewna nie oddziaływa wcale, dałby się łatwo wytłómaczyć tą okolicznością, że po upływie długiego czasu straciła treść swą pierwotną własność zakaźną, podobnie jak to jest ogólnie znane w pewnej liczbie starych ropotoków trąbkowych, których pęknięcie do jamy otrzewnowej, samodzielne lub w czasie operacyi, nie pociąga za sobą często żadnych złych następstw.

W przeciwieństwie do tego, co twierdzi Nagel, sądzi Sänger, że do powstania zlepnego zapalenia otrzewnej przy ujściu brzusznem trąbki wystarczy zupełnie wypływ niezakażonej krwi miesiączkowej, która drażni otrzewnę jako ciało obce. Tego samego zdania mniej więcej jest Hegar. I temu zapatrywaniu nie można nic zarzucić. Pozwala ono na ponętne bardzo przypuszczenie, że w większości przypadków niedrożności przewodu rodnego mamy do czynienia rzeczywiście z wadą rozwojową, lecz utrudnia zarazem zrozumienie przypadków, gdzie zawartość krwisteku posiada własności wybitnie zakaźne. Meyer, który stoi na tem samem stanowisku, jakie zajmuje Sänger, tłómaczy w sposób trafiający do przekonania, że w przypadku krwisteku zropiałego w rogu macicy dwurożnej dostają się drobnoustroje do jałowej pierwotnie treści z rogu drugiego drożnego i zakażonego. Dałoby się to zapatrywanie przenieść na wszystkie inne przypadki, gdyż taksamo z pochwy, jak i z jelit, mogą się drobnoustroje drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych przedostać w miejsca odległe, jak tego mamy np przekonywujący dowód w zropieniu włókniaków ściśle podsurowiczych, a więc oddzielonych od błony śluzowej całą grubością ściany macicznej i t. p. Na poparcie tego zdania istnieją w piśmiennictwie przykłady. I tak Godart ogłasza przypadek krwisteku macicznego przy wrodzonej niedrożności szyi, leczonego przez wycięcie macicy. Treść uległa zropieniu i zawierała prątek okrężnicy (*b. coli*).

Frank opisuje przypadek zropienia krwisteku przy wrodzonej niedrożności pochwy, w którym za najwięcej prawdopodobny punkt wyjścia zakażenia uważa drobne uszkodzenia na przegrodzie, spowodowane przez badanie lub inny jaki uraz. Sądzi on, że w tym przypadku naczynia krwionośne lub chłonne pośredniczyły w zakażeniu treści.

Jak z przytoczonego piśmiennictwa wynika, nie pozostaje nam nic innego, jak w przypadkach krwisteku o wątpliwej etyologii przechylić się do zdania Nagla lub Sängera, gdyż oba dostatecznie tłómaczą objawy. Osobiście byłbym za tłómaczeniem Sängera, jako naturalniejszem i dającem się łatwiej dostosować do przeważającej liczby przypadków.

Dla odróżnienia wrodzonej niedrożności pochwy od nabytej podnoszą jeszcze liczni autorowie ten szczegół, że niedrożność nabyta odnosi się przeważnie do górnych odcinków pochwy, zaś wrodzona do części jej najniższej, tuż za błoną dziewiczą (podobnie jak w naszym przyp. 4. *Fig. 1*)

Przyczyny bliznowatego zamknięcia pochwy i szyi macicznej są bardzo różne, a szukać ich należy we wszystkich tych źródłach, które mogą sprowadzić ubytek błony śluzowej na rozleglejszej przestrzeni. Tak n. p. Kelly, Thompson, Delore i in. spostrzegali nabytą niedrożność pochwy po porodzie, odbytym siłami natury, przeciągającym się; Heydenreich — po porodzie kleszczowym, Sondheimer — wskutek starczego zapalenia pochwy u 67-letniej staruszki (krwistek powstał tu z powodu rozpadającego się raka macicy) i t. d. Ostre choroby zakaźne wieku dziecięcego, połączone z dłuższem podwyższeniem ciepłoty, wywołują niekiedy rozległe owrzodzenia w pochwie i bywają przyczyną niejasnych pod względem etyologii niedrożności pochwy. Nabyta niedrożność szyi macicznej, zawdzięczająca swe powstanie zabiegom lekarskim, nie należy do rzadkości. Tak n. p. Pozzi widział stan taki po odcięciu szyi macicznej; Boissard — po skrobance i przyżeganiu szyi; Staude —

po skrobance i waporyzacyi. Rzadkim pod względem sposobu powstania jest przypadek, opisany przez Reida, w którym po samodzielnem urodzeniu się włókniaka nastąpiło bliznowate zupełne zamknięcie szyi.

Pod względem anatomiczno-patologicznym zajmujące jest pytanie przy krwisteku macicznym, w jaki sposób oddziaływa miąższ macicy i błona śluzowa jamy macicznej na długotrwający ucisk ze strony nagromadzonej treści, ucisk wzmagający się i doprowadzający do względnie wysokiego ciśnienia. Calmann, badając pod drobnowidem błonę śluzową w przypadku krwisteku w rogu szczątkowym macicy, znalazł w górnej części jamy macicznej nabłonek prawidłowy, w dolnej zaś atypowe bujanie nabłonka wielowarstwowego płaskiego na miejsce ustępującego nabłonka wałeczkowatego. Nabłonek ten płaski dawał w licznych miejscach wypustki stałe, bez światła, dążące w głąb miąższu macicznego. Cocchi i Stratz badali w przypadkach krwisteku pochwy, macicy i trąbki błonę śluzową całego przewodu rodnego i przyszli w swych przypadkach do przekonania, że nabłonek pochwy i macicy długo wytrzymuje ucisk, podczas gdy nabłonek, wyścielający trąbkę, rozpada się wcześniej tu i owdzie i ulega złuszczeniu. Stratz na podstawie swych badań nad miąższem macicy w przypadkach krwisteku przyszedł do przekonania, że pod wpływem ucisku wewnątrzmacicznego miąższ początkowo przerasta, potem zaś, gdy ucisk stały przekroczy pewne granice, ulega powoli zanikowi, że początkowo przychodzi do okresowego, tylko przekrwienia miąższu, które później zmienia się na stałe przekrwienie żylne, czemu też odpowiadają ciągłe bole zamiast pierwotnych dolegliwości okresowych.

Badanie krwisteku macicznego wymaga obok dokładności także pewnego baczenia ze względu na możliwość powikłania z krwistekiem trąbki, skłonnym do pęknięcia przy mniej ostrożnym ucisku. Zwykłe badanie zewnętrzne i zestawione przez pochwę i powłoki brzuszne zazwyczaj zupełnie wystarcza. Badania przez odbytnicę nie należałoby zaniedbywać, lecz trzeba być z góry przygotowanym, że rzadko tylko dostarczy ono nowych i ważniejszych szczegółów.

O ile badanie w uśpieniu chloroformowem, wobec trudnych warunków badania i chwiejnego rozpoznania (najlepiej bezpośrednio przed operacyą) jest czasem niezbędne, o tyle nazwaćby można nieusprawiedliwionem zaspokojeniem ciekawości badanie w uśpieniu w przypadku, w którym rozpoznanie krwisteku macicznego nie ulega żadnej wątpliwości, a gdzie podejrzywamy obecność krwisteku trąbki. Wymioty, towarzyszące zazwyczaj uśpieniu, mogą wskutek dużych i nagłych wahań ciśnienia w jamie brzusznej sprowadzić pęknięcie trąbki i dalsze stąd wynikające przykre następstwa.

Wreszcie należałoby zawsze na czas jakiś przed operacyą lub przystępując do niej wykonać nakłucie próbne grubszą igłą, przez którą da się wyssać płyn gęsty. W ten sposób zapewne nieraz możnaby uniknąć niespodzianek rozpoznawczych. W pewnych szczególnych przypadkach nakłucie ma nadto dostarczyć materyału do badania bakteryologicznego, mającego niekiedy rozstrzygający wpływ na wybór sposobu operacyjnego, jak o tem jeszcze później będzie mowa.

Rozpoznanie krwisteku macicznego, powstającego wskutek zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej (grupa A) lub w przewodzie pochwy (grupa B), a także w zarośnięciu przewodu szyjki macicznej, lecz przy pojedyńczym przewodzie rodnym, nie napotyka zwykle na większe trudności. Już same wywiady i rodzaj dolegliwości chorej są tak charakterystyczne, że odrazu naprowadzają myśl lekarza na właściwą drogę. Jedyną subtelniejszą stroną badania w takich razach będzie stwierdzenie, czy przypadek nie jest powikłany krwistekiem trąbki, co stanowi, jak o tem później jeszcze będzie mowa, najpoważniejsze powikłanie i zmusza do szczególnie ostrożnego postępowania. Mimo to ogłaszają Pasteur and Andreas Clark przypadek typowego krwisteku macicznego wskutek zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej, gdzie rozpoznanie właściwe udało się postawić dopiero po laparotomii. Dziwnie niedokładnem musiało być badanie, a zupełnie przypadkowem odwrócenie myśli od tego, co było najnaturalniejszem.

W przypadku naszym IV (grupa B) rozpoznanie pierwotne *haematocolpos et haematometra e atresia vaginali et probabiliter haematosalpinx sin*, okazało się wobec rozpoznania ostatecznego: *atresia vaginalis*, *haematocolpos*, *haematometra praecipue cervicalis*, *parametritis chronica dextra* niezupełnie ścisłem. Przyczyna tego tkwiła w bardzo niezwykłem i olbrzymiem rozdęciu szyi macicznej, stanowiącej tu guz główny, wobec którego bardzo mało stosunkowo rozdęty trzon macicy, schowany od strony lewej i tyłu poza guzem głównym (*fig. 1* i *2*) i nie dający się z tego powodu przy oględnem badaniu dokładnie wyśledzić i ograniczyć, uważano za krwistek trąbkowy. Zdaje się, że tego rodzaju stan, podobny do stanu, istniejącego w chwili grożącego pęknięcia macicy przy porodzie, wytworzyć się może przy większym krwisteku macicznym wówczas, gdy obok silnie bardzo rozwiniętego miąższu trzonu znajdzie się niezwykła wiotkość miąższu szyi macicznej. Trzon, drażniony przez podwyższający się coraz bardziej ucisk śródmaciczny, odpowiada coraz to silniejszymi skurczami i usiłuje treść jako ciało obce wydalić na zewnątrz, wskutek czego podatna szyja ulega coraz to silniejszemu biernemu rozciągnięciu. Analogiczny przypadek opisuje Cullingworth: chodziło o macicę dwurożną z krwistekiem w rogu prawym. Poniżej rozszerzonego rogu prawego znajdował się jakby osobno guz, stosunkowo bardzo duży, który był niezwykle silnie rozszerzoną szyją prawej połowy macicy.

Największe trudności rozpoznawcze nastręczają przypadki tak zw. krwisteku bocznego, zdarzającego się przy zdwojeniu przewodu rodnego (grupa C, przyp. VI, VII, VIII). Jestto jedna z najrzadszych i pod wielu względami najciekawszych wad rozwojowych macicy, tak dalece, że doświadczony na tem polu Nagel powiada, iż łatwiej znacznie sobie wyobrazić podobne powikłania, niż się z niemi w rzeczywistości spotkać i trafnie je wytłómaczyć. Mimo to zdołano w ostatnich latach zestawić w piśmiennictwie przeszło 20 przypadków tego rodzaju, z tym jednak dodatkiem, że wcale często stwierdzano rzeczywisty stan rzeczy dopiero w czasie laparotomii, a w innych przypadkach na stole sekcyjnym. Cullingworth, Paulli, Löhlein, Pauer i in. z całą szczerością ogłaszają pouczające bardzo przypadki krwisteków, które były mylnie rozpoznane. Najczęściej uważano połowę macicy, rozszerzoną przez nagromadzenie krwi miesiączkowej, za ciążę zamaciczną; w innych razach za guzy nowotworowe jajnikowe lub guzy zapalne

przydatków. Parę razy wykryto taką wadę rozwojową u obumarłych noworodków. Lewers opisał przypadek, mniej trudny dla rozpoznania, lecz tylko jako rzadkość, zasługującą na wzmiankę, który polegał na zdwojeniu macicy i pochwy i krwisteku macicznym obustronnym.

Wynika stąd dostatecznie jasno, że rozpoznanie tego rzadkiego cierpienia nie jest zazwyczaj rzeczą łatwą. Obok znajomości rzeczy potrzeba w takich razach pewnych dogodnych warunków badania, a przedewszystkiem uprzytomnienia sobie w danej chwili, że takie wady rozwojowe istnieją, — co znów zniewoli do szukania za tymi właśnie szczegółami, które autorowie polecają uwzględnić przy rozpoznawaniu różniczkowem. Mimo to pomyłki na tem polu zapewne zawsze zdarzać się będą.

Skoro chodzi o nagromadzenie się krwi miesiączkowej w jednym rogu macicy dwurożnej, a szczególnie wówczas, gdy niema (jak w VI i VIII naszym przypadku) zdwojenia pochwy i gdzie zarośnięcie dotyczy szyi macicznej w miejscu, w którem powinno się znajdować drugie ujście maciczne, natrafiamy na pierwsze trudności już przy wywiadach. Chora słusznie podaje, że miewa obok odpływu krwi miesiączkowej bole, występujące w okresach miesiączki, potęgujące się ciągle, które też mogą przejść w bole stałe, wzmagające się w czasie miesiączki. Uwaga i dalsze badanie lekarza zwracają się odrazu w kierunku bolesnego miesiączkowania, a odstępują od myśli o niedrożności przewodu rodnego i o krwisteku macicznym, gdyż w takich razach chora zwykła się skarżyć przedewszystkiem na brak regularności. Za czynnik tylko do pewnego stopnia ułatwiający oryentacyę uważać można to, co chora N. VI w wywiadach podała, t. j. brak ścisłego związku między krwawieniem, a napadami bolu. Objaw ten występuje wówczas, gdy niejako każdy róg maciczny oddzielnie miesiączkę odbywa. W III naszym przypadku występowały rytmiczne bole, pochodzące z nagromadzenia się krwi w rogu niedrożnym (prawym), przez 5 miesięcy, w wyraźnych okresach miesięcznych, podczas gdy krwawienie z rogu lewego miało miejsce tylko 2 razy w tym czasie, z przerwą 5-miesięczną. Objaw ten, stwierdzony przez kilku autorów, nie jest jednak częstym.

W przypadkach, podobnych do naszych, badanie wykazuje pochwę prawidłowo zbudowaną, a wyżej trzon macicy, przesunięty ku jednej lub drugiej bocznej ściany miednicy przez guz duży, kształtu prawie kulistego, gładki, elastyczny, dający niekiedy uczucie chełbotania, mniej lub więcej bolesny, przylegający do jednego brzegu macicy, od której go oddzielić nie można. Guz ten sterczy półkulisto do bocznego sklepienia i spycha część pochwową na stronę przeciwną. Przy tego rodzaju obrazie nic łatwiejszego, jak wziąść drożny róg macicy za całą macicę, a róg drugi, rozszerzony przez nagromadzoną krew miesiączkową, za jakiś guz innego rodzaju, n. p. za ciążę zamaciczną lub śródścienną, za guz trąbkowy lub jajnikowy, rozwijający się wśród blaszek więzadła szerokiego i t. p. — co się już często zdarzało.

Mniejsze już trudności rozpoznawcze napotyka się w przypadkach, gdzie istnieje *haemelytrometra lateralis*, t. j. obok dwu rogów macicznych także podwójna pochwa. Jeżeli zdwojenie pochwy sięga ku dołowi aż do błony dziewiczej, to krew, nagromadzona w niedrożnej, połowie tak silnie wypycha błonę dziewiczą, że trudno będzie przeoczyć ten szczegół. Lecz w razie podziału pochwy dopiero na pewnej jej wysokości, jak to miało miejsce w VII naszym przypadku, znajdujemy nietylko macicę, lecz i pochwę przesuniętą na bok przez ten sam guz, schodzący nizko w tkankę przypochwową.

Wśród takich trudności rozpoznawczych podnieść należy z naciskiem każdy, choćby najdrobniejszy szczegół, zasługujący przy rozpoznaniu różniczkowem na uwzględnienie. Autorowie podają w pierwszej linii dwa takie szczegóły: stożkowate zakończenie drożnego rogu macicy dwurożnej w przeciwieństwie do łukowatego zwykłego kształtu dna macicy prawidłowej; powtóre odejście więzadła okrągłego od zewnętrznej powierzchni guza, utworzonego przez nagromadzoną w drugim rogu krew miesiączkową. Szkoda tylko, że nie zawsze wspomniany kształt stożkowaty rogu wyraźnie występuje, a nadto nie zawsze są warunki korzystne do wybadania tego szczegółu. Wybadanie nieprzerosłego, a tylko rozciągniętego więzadła okrągłego, dążącego do drugiej połowy macicy, zapewne się uda tylko wyjątkowo. Potrzeba do tego cienkich i bardzo podatnych powłok obok większej grubości więzadła.

Wygodne warunki badania w VI-tym naszym przypadku pozwoliły na stwierdzenie wyraźnie stożkowatego zakończenia i rogalkowatego kształtu rogu próżnego — podczas gdy w przypadku VII i VIII dość szerokie dno rogu drożnego mogło odpowiadać łatwo kształtem swym zwykłej macicy. Wynika stąd chwiejność wspomnianego objawu. Wyśledzenie zupełnie pewne więzadła okrągłego, mimo zwrócenia na to uwagi w żadnym z naszych przypadków grupy C. nie udało się.

Z innych czynników podnieśćby należało, że według zestawienia Poecha niedrożność przy dwurożnej macicy spotyka się bez porównania częściej po stronie prawej, niż lewej. Pod tym względem stanowiłyby rzadkość przyp. VII i VIII.

Na dalszą uwagę zasługuje kształt pionowo-półksiężycowaty ujścia zewnętrznego (Fig. 4), jako następstwo wypchnięcia przegrody pomiędzy oboma rogami ku stronie drożnej. Podobny kształt ujścia mielibyśmy przy włókniaku podśluzowym, wychodzącym z bocznej ściany szyi macicznej. Półksiężyc ten był bardzo charakterystyczny w przypadku VI i VIII, podczas gdy w VII ujście przebiegało tylko skośnie, co wytłómaczyć sobie łatwo brakiem większego napięcia wewnątrz guza i silniejszego wypchnięcia przegrody ku stronie drożnej z powodu, iż nadmiar treści odpływał przez przetokę. W przypadku VII udało się rozpoznanie na podstawie niezwykłych wywiadów, charakterystycznie dla starego krwisteku wyglądającej treści, odpływającej przez pochwę bez przerwy od lat 8 i na podstawie stwierdzenia guza, schodzącego niezwykle nizko obok pochwy do tkanki przypochwowej. Bez wywiadów i charakterystycznej wydzieliny nasunęłyby się niewątpliwie najróżnorodniejsze wątpliwości rozpoznawcze. Nakłucie, wykonane bezpośrednio przed operacyą, upewniło nas zupełnie w rozpoznaniu.

Jak to z dopiero co przytoczonego przypadku wynika, rozstrzyga niekiedy charakterystyczne wejrzenie treści krwisteku o charakterze guza. Niepewności rozpoznawcze piętrzą się, gdy krwistek ulegnie zropieniu, — więc i o tej

możliwości myśleć trzeba. Breisky radzi w takich przypadkach dla upewnienia się w rozpoznaniu wyskrobać ostrożnie wnętrze guza, poczem przez badanie mikroskopowe i odkrycie przybłonka pochwy lub macicy uzyskać podstawę do pewnego rozpoznania.

Z chwilą stwierdzenia krwisteku w narządach rodnych, wywołanego niedrożnością, występuje wskazanie do operacyjnego traktowania przypadku. Jeżeli bowiem pomoc lekarska nie przybywa lub opóźnia się, nastąpić musi wcześniej czy później pęknięcie coraz to silniej rozciąganej ściany worka, w którym się gromadzi krew miesiączkowa. Ściana pęka w miejscu najcieńszem, zazwyczaj pod wpływem jakiegoś gwałtowniejszego ruchu, kaszlu, w ogóle czegoś, co podnosi raptownie ciśnienie w jamie brzusznej. Miejsce pęknięcia nie jest obojętnem. Za najkorzystniejsze uważałbym pęknięcie przegrody pomiędzy oboma rogami macicy dwurożnej, przez co krew wylewa się do jamy rogu drożnego i dalej na zewnątrz, jak to właśnie stało się w naszym VII-ym przypadku. Korzyść z pęknięcia w tem właśnie miejscu, w porównaniu z pęknięciem w miejscach innych, polega na tej okoliczności, że nietylko krew odpływa drogą właściwą na zewnątrz, lecz nadto, że może w odpowiednich warunkach przez czas długi (w naszym przypadku przez lat 8) nie przyjść do zropienia treści, a to z tego samego powodu, dla którego jama trzonu macicy zdrowej wolna jest od drobnoustrojów. Jest to czynnik ogromnie wielkiej wagi, skoro wiemy, że zropienie tak wielkiej ilości stagnującej treści, stanowiącej doskonałą pożywkę dla drobnoustrojów, może doprowadzić łatwo do zakażenia ogólnego, wobec którego pomoc nasza okazać się może bezsilną. Cullingworth i Herztsch ogłaszają podobne przypadki przebicia krwisteku do drugiej połowy macicy dwurożnej; — w tych przypadkach jednak przyszło do zropienia, prawdopodobnie wskutek poprzedniego zakażenia jamy trzonu macicy.

W przypadkach zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej, lub pochwy, względnie krwisteku pochwowego bocznego, może nastąpić pęknięcie błony dziewiczej (nasz przyp. III, oraz przyp. analogiczny, ogłoszony przez Bunzela i in.), przegrody w świetle pochwy, lub ściany dzielącej pochwę podwójną, poczem płyn wypływa wprost na zewnątrz, względnie do pochwy. Zejście to zdawałoby się na pierwszy rzut oka być najnaturalniejszem i najkorzystniejszem, w gruncie rzeczy tak nie jest, gdyż otworek zazwyczaj zbyt mały, w postaci drobnej przetoki, nie prowadzi do dokładnego opróżnienia treści, a zakażenie obficie zalegającej masy jest w tych warunkach czemś bardzo łatwem, a zarazem groźnem.

Przy zarośnięciu ujścia zewnętrznego, względnie szyi macicznej (jak to n. p. miało miejsce w VI i VIII naszym przyp.), pęknięcie w tem właśnie miejscu chyba nadzwyczaj wyjątkowo zdarzyćby się mogło, a to z powodu grubego zwykle pokładu niepodatnej tkanki macicznej. Przykładu takiego niezdołałem odszukać.

W bardzo niezwykłem miejscu nastąpiło przebicie treści w przypadku, który ogłasza Haultain. Chodziło o macicę dwurożną z krwistekiem w rogu prawym. Przy laparotomii stwierdzono przebicie krwi miesiączkowej pomiędzy blaszki więzadeł szerokich. Rozumie się, że zejście takie nie może żadną miarą doprowadzić do wyleczenia. Nie spotkałem się z ogłoszeniem drugiego przypadku tego rodzaju.

Wreszcie pęknąć może w razie krwisteku trąbkowego ściana trąbki, wskutek czego wylewa się treść do wolnej jamy otrzewnowej. Łatwo pojąć, że jest to zajście najgroźniejsze. Najczęściej pociąga ona za sobą posokowate zapalenie otrzewnej z przebicia, nadto możliwy jest śmiertelny krwotok z naczynia ściany pękniętej trąbki, podobnie jak w razie ciąży trąbkowej. Zarazem wynika stąd, jak groźne ze wszech miar powikłanie stanowi krwistek trąbki w ogóle. Według zestawienia Breiskyego zdarzyło się na 32 przypadków bocznego krwisteku macicznego pęknięcie trąbki 3 razy, a na 500 przypadków zwykłego zarośnięcia otworu w błonie dziewiczej 25 razy — a zatem w 5—10% wszystkich przypadków.

T. Landau ogłosił przypadek, dotyczący 40-letniej kobiety, która już od lat 28 miewała zwiastuny miesiączkowe. Stwierdził on brak przewodu szyi macicznej, istnienie włókniaka, rozwijającego się w miąższu szyi, krwistek maciczny, trąbkowy obustronny. Nadzwyczajność tego przypadku polega na tem, że wskutek nie dającej wytłómaczyć wytrzymałości ścian trąbek i macicy, a więcej jeszcze z powodu skąpo wydzielającej się krwi miesiączkowej (może w następstwie zaniku błony śluzowej) nie przyszło wbrew regule mimo długo bardzo trwającego cierpienia do pęknięcia samodzielnego.

Zastanawiając się powyżej nad wszelkimi możliwymi kierunkami, w których przebicie krwi miesiączkowej nastąpić może, przychodzimy do przekonania, że tylko nadzwyczaj wyjątkowo może ono sprowadzić względne samowyleczenie i że zazwyczaj grozi chorej po przebiciu zapalenie otrzewnej, a w innych przypadkach niebezpieczne zropienie całej treści. Wynika stąd jasno, że przez wyczekiwanie niczego się tu nie osiąga i że jedynie wystąpienie czynne, operacyjne ma tu racyę bytu. (D. n.)

IV. Wyciągi.

E. Raehlmann: **Badanie ultramikroskopowe według H. Siedentopfa i R. Zsigmondyego i zastosowanie tegoż w obserwacyi mikroorganizmów.** *(Muenchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 2). Niedawno podana nowa metoda badania mikroskopowego, pozwalająca rozwiązać nieprawdopodobnie drobne szczegóły, polega na zastosowaniu do zwykłego mikroskopu nowego sposobu oświetlenia. W dotychczasowych mikroskopach światło padało od dołu w kierunku osi przyrządu, względnio w postaci stożka o osi, nachylonej pod niewielkim stosunkowo kątem do osi mikroskopu. Wskutek takiego oświetlenia szczegóły w preparacie wydawały się ciemniejszymi od tła, wyjątkowo tylko szczegóły stawały się jaśniejszymi, zależnie od warunków załamania się światła, n. p. w kuleczkach tłuszczu. Warunki to najniekorzystniejsze, jeżeli chodzi o spostrzeżenie drobnych przedmiotów. Siatkówka olśniona jasnem tłem nie jest w stanie rozpoznać drobnych szczegółów, któreby jeszcze spostrzedz mogła w innych warunkach.

Nowa metoda obserwacyi mikroskopowej polega na następującej zasadzie: Do pomieszczenia przedmiotu, n. p. jakiegoś płynu, służy komórka metalowa, opatrzona dwoma okienkami z kwarcu, bocznem do wprowadzenia promieni oświetlających i górnem w kierunku osi mikroskopu. Okienko górne może być otwarte tak, że objektyw da się wprost zanurzyć w badaną ciecz. Jako źródło światła służy lampa łukowa, albo, co lepiej, bezpośrednie promienie słoneczne. Promienie światła przechodzą najpierw przez soczewkę o ogniskowej 100 mm., skupiając się na zasłonie, w której znachodzi się otwór od 5 do 50 setnych milimetra, zależnie od ustawienia. Stąd padają promienie, po przejściu jeszcze jednej zasłony (blendy) celem

powstrzymania promieni bocznych, na drugą soczewkę o ogniskowej 80 mm., która je sprowadza do kondensora. Kondensor, ustawiony poziomo, a zatem prostopadle do osi mikroskopu, rzuca na pole widzenia obraz szczeliny w pierwszej zasłonie, zmniejszony jeszcze około 30-krotnie. W ten sposób powstają w polu widzenia dwa stożki świetlne, zwrócone wierzchołkami ku sobie; w miejscu ich zetknięcia znajduje się obraz źródła światła, a raczej pierwszej szczeliny, wielki zaledwo na kilka tysięcznych milimetra. Natężenie światła jest w tem miejscu nadzwyczaj wielkie, o ile jednak płyn zawarty w komorze jest zupełnie przezroczystym, pole widzenia jest zupełnie ciemnem. Jeżeli natomiast w tem polu widzenia znajdzie się przedmiot nieprzezroczysty lub inaczej łamiący światło, wtedy staje się on źródłem bardzo natężonego światła, które dochodzi do oczu badacza. Warunki dostrzegania przedmiotów w tym nowym mikroskopie możnaby porównać z warunkami, pod jakimi spostrzegamy planety, oświetlone promieniami słońca na czarnem tle nieba. Siatkówka jest na tego rodzaju oświetlenie bardzo wrażliwą; tak, jak widzimy świecące gwiazdy na czarnem tle nieba, choć kąt ich widzenia jest tak mały, że się nie da wymierzyć; jak widzimy t. zw. pyłki słoneczne w pokoju przyciemnionym, do którego wpada promień słoneczny, tak samo na czarnem polu widzenia mikroskopu dostrzegamy przedmioty, z których każdy stał się niejako źródłem bardzo natężonego światła, przyczem siła rozwiązywania nowego mikroskopu jest tem większą, im natężenie źródła światła jest silniejszem. W bardzo silnem świetle dadzą się jeszcze spostrzegać cząstki wielkości jednej milionowej milimetra, a zatem kilkaset razy mniejsze od fal świetlnych, przyczem, co jest ciekawe, cząstki te świecą we właściwej sobie barwie. Siła rozwiązująca nowych mikroskopów jest około 1000 razy większą od siły dotychczasowych. Nowa ta metoda czyni przystępnemi oku ludzkiemu cząsteczki, które leżą tam, gdzie pojęcia fizyki i chemii o budowie materyi się schodzą; jej zawdzięczamy głównie badanie roztworów, jak na razie szczególnie koloidalnych, badanie barwików itd., w medycynie zaś badanie wydzielin, wydalin, w ogóle roztworów, które można w miarę potrzeby rozcieńczać; nie nadaje się natomiast do badania preparatów, gdzie chodzi o morfologiczne szczegóły tkanek. Te byłyby tak przeładowane świecącemi cząstkami, że wśród nich absolutnie nic nie dałoby się rozpoznać. W drugiej części artykułu opisuje autor swoje spostrzeżenia, jakich dokonał za pomocą nowego mikroskopu, obserwując roztwory gnijącego białka. Według niego mają się tam znajdować rozmaite drobnoustroje kuliste, pręcikowate, dwoinkowe itd., wszystkie ultramikroskopowe, t. j. niewidzialne w dotychczasowych mikroskopach, obdarzone bardzo szybkimi ruchami, a nadto ustawicznie zmieniające swój kształt. Podobne twory mają się znajdować w wydzielinie worka spojówkowego i błon śluzowych. Spostrzeżenia te mogłyby rzeczywiście wywołać przewrót w pojęciach mikrobiologicznych; mimowoli jednak nasuwają się tu pewne wątpliwości, czy rzeczywiście twory przez autora obserwowane są mikroorganizmami? Już w dotychczasowych warunkach mogą się w tym względzie trafiać pomyłki, a cóż dopiero, jeżeli obserwacye odbywają się w dziedzinie ledwo co poznanej, gdzie niewątpliwie niejedna jeszcze nas czeka niespodzianka. *Seńkowski.*

Rosenbach. **O stawowych guzkach Heberdena.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 46, 1903). Autor obejmuje tą nazwą drobne wyniosłości, pojawiające się na obydwóch główkach podstawy trzeciej falangi i łącznie z tem występujące zaburzenia w zakresie nerwu łokciowego, prowadzące do unieruchomienia stawu między drugą a trzecią falangą. Cały obraz chorobowy dałby się naszkicować w sposób następujący: u chorych, skarżących się na ciągnące i głuche bole przedramienia i ręki, można stwierdzić drobne twarde wyniosłości w okolicy trzeciej falangi, najczęściej trzeciego i czwartego palca; palec wielki i stawy śródręcza rzadko bywają zajęte. To samo można powiedzieć o innych większych stawach. Cierpienie to nagabuje ludzi w średnim wieku, częściej kobiety, aniżeli mężczyzn, a znamionuje się nawrotami w nierównych odstępach czasu. Rozpoznanie różniczkowe ze względu na sprawy gośćcowe opiera się na charakterystycznie długotrwałych napadach bolesności, na braku zaczerwienienia i obrzęku skóry w miejscach zajętych, na systematycznem wystąpieniu cierpienia w obydwóch rękach i zaburzeniu czucia; — punkty bolesne, pojawiające się czasami wzdłuż kręgosłupa, nie są znamienne dla tego cierpienia.

Pisek (Podgórze-Kraków).

Widowitz. **Urotropina, środek zapobiegający płoniczemu zapaleniu nerek.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 40, 1903). Opierając się na ogólnie dzisiaj przyjętem zapatrywaniu, że płonicze zapalenie nerek jest następstwem działania dotychczas jeszcze nieznanych drobnoustrojów lub ich jadów, wpadł autor na pomysł stosowania urotropiny jako środka ochronnego przed płoniczem zapaleniem nerek. Odkażające bowiem własności urotropiny powinny tak samo zadziałać skutecznie w tym przypadku, jak w nieżytach pęcherza lub zapaleniu miedniczek nerkowych i fosfaturyi. Wprawdzie wiadomą jest rzeczą, że urotropina żadnego nie wywiera wpływu na wydzielanie się białka w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, co zupełnie jest naturalnem, ponieważ ten środek odkażający nie zdoła już działać na zmiany anatomiczne; — jednak w przypadkach płoniczego zapalenia nerek, gdzie destrukcyjne działanie drobnoustrojów jest w pełnym rozkwicie, podobny lek powinien okazać się korzystnym. Dedukcye autora ziściły się też w całości: w ciągu 3 lat stosował Widowitz urotropinę w 102 przypadkach płonicy i w żadnym nie wystąpiło płonicze zapalenie nerek. Być może, że to był jakiś szczególnie szczęśliwy zbieg okoliczności; w każdym jednak razie jest to objaw wielce zachęcający do naśladowania i kontroli. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

Sontag. **Przyczynek do leczenia cukrzycy.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, Nr. 46, 1903). Pominąwszy już stosowanie w cukrzycy leczenia higieniczno-dyetetycznego, wód mineralnych alkalicznych (Karlsbad), salicylanu sodowego i t. d., wprowadza autor, a raczej przypomina, o nowym środku, mającemy poniekąd oddać znakomite usługi, tem bardziej, że może być stosowany przez dłuższy czas przy równoczesnem wprowadzaniu do ustroju istot skrobiowatych. Środkiem tym ma być mięszanina *folia myrtillorum* i *fructus phaseoli*, istniejące pod nazwą „species antidiab. Kolluch“; — zaznaczyć jednak trzeba, że odwar z tych liści wówczas jedynie skutecznie działa, jeśli w należyty sposób został przyrządzony: 5 gr. tych ziół gotuje się z 8—10 łyżkami wody, cedzi się i pije na ciepło podczas śniadania, obiadu i kolacyi. Sontag zauważył, że jeśli chory na cukrzycę napije się takiego naparu dwa razy dziennie przy zachowaniu odpowiedniej dyety, wówczas opada znacznie stopa cukru w moczu, utrzymując się w tej zmniejszonej ilości nawet przy późniejszej mieszanej dyecie, jeśli tylko chory pije dalej ten napar; również i inne objawy chorobowe znacznie się poprawiają. Rozpad białka w ustroju szybko się ogranicza, mocz bowiem wykazuje zmniejszone wydzielenie się azotu; — w przypadkach nawet, w których badanie moczu wykazywało zwiększoną ilość indykanu, wywierały pigułki z mentolu (0·05) i dwuwęglanu sodowego (0·50) znakomity wpływ. Spostrzeżenia te jednak i wyniki wymagają jeszcze dalszych potwierdzeń. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

Prof. Schmidt. **Lewatywy odżywcze gotowe do użycia.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 47, 1903). Lewatywa odżywcza tego rodzaju winna zawierać zawsze te łatwo wessalne i niedrażniące składniki, które przedstawiają w zupełności dostateczną ilość kaloryi. Firma Heyden-Radebeul wyrabia według wskazówek przez autora podanych taki płyn odżywczy, szczelnie zamknięty w szklanych rurkach, w skład którego wchodzą: 250 grm. 0·9% roztworu soli kuchennej, 20 grm. istoty odżywczej Heydena, umyślnie na ten cel zaprawionej, 50 grm. dekstryny, czyli razem 287 kaloryi. Jako zaletę podnieść jeszcze należy, że płyn ten utrzymuje się bez zmiany w stanie wyjałowionym przez czas nieograniczony. Autor umyślnie wybrał dekstrynę, stojącą pod względem swych własności w pośrodku między cukrem gronowym a skrobią, gdyż ona nie drażni i jest łatwo wessalną; dziwnem się jedynie wydaje autorowi, że jej dotychczas nie używano; istota odżywcza Heydena jest również niedrażniąca, łatwo wessalna i odpowiada białku kurzego jaja. Wreszcie nadmienić trzeba, że dodatek soli wpływa tylko dodatnio na wchłanianie. Doświadczenia, nad tym przetworem przeprowadzone, przemawiają wielce na jego korzyść i zachęcają do dalszych prób; szerszemu jednak zastosowaniu stałaby na przeszkodzie wysoka stosunkowo cena. *Pisek* (Podgórze-Kraków).

Kirch. **O adrenalinie i jej stosowaniu w ciężkich krwotokach.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 48, 1903). Wprawdzie istnieje cały szereg środków, zapomocą których można opanować największe nawet krwotoki (podwiązanie naczyń, długotrwały ucisk, tamponada, działanie zimna lub ciepła, półtorachlorek żelaza i t. d.), zdarzają się jednak przypadki, w których i te środki zawodzą, w szczególności w skazie krwotocznej, w przypadkach, gdzie źródło krwotoku jest bądźto nieznane, bądź nie dające się dosięgnąć, w ciężkich wreszcie krwotokach mózgu, płuc lub żołądkowo-jelitowych. Przed kilku latami zalecał Leyden podskórne lub śródżylne wstrzykiwania 2—3% roztworu żelatyny, zaprawionej węglanem sodowym, jako środka tamującego krew, jednak zdania co do skuteczności tego roztworu są dotychczas podzielone: podczas gdy jedni gorąco zalecają stosowanie żelatyny jako środka niezawodnego i zwiększającego, względnie przyspieszającego krzepliwość krwi, drudzy zarzucają zupełnie wzmiankowane wstrzykiwania jako zabieg wprost szkodliwy i niebezpieczny tem bardziej, że w ostatnich czasach stwierdzono po żelatynie przypadki tężca, zakończonego śmiercią, choć firma „Merck“ wprowadziła obecnie w obieg żelatynę w szklanych rurkach zupełnie wyjałowioną. Jakkolwiek rzecz się

ma, stosowanie żelatyny i dla lekarza-praktyka i dla chorego połączone jest co najmniej z trudnościami, jeśli nie z niebezpieczeństwem. Dlatego też powitać należy z zadowoleniem nowy środek, dający lekarzowi-praktykowi potężną broń w rękę do zwalczenia niebezpiecznych krwotoków przy lekkim stosunkowo zabiegu. Środkiem tym jest adrenalina. Badania Olivera, Haugthona, Cybulskiegó, Szymonowicza i Cyona wykazały, że podawanie nadnercza na wewnątrz pociąga za sobą zwiększenie parcia krwi skutkiem skurczenia się naczyń włosowatych; — ta ostatnia przyczyna przy stosowaniu miejscowem powoduje zupełną prawie i dłużej trwającą niedokrewność odpowiedniej okolicy. Czynnikiem działającym jest t. zw. suprarenina (Fuerth), identyczna z chemicznie czystą i skrystalizowaną adrenaliną. Trudno w krótkiem streszczeniu podać sposób otrzymywania adrenaliny (firmy Parke Davis et Comp.), dość powiedzieć, że przedstawia się jako biała drobnokrystaliczna substancya, trudno rozpuszczająca się w wodzie zimnej, łatwo natomiast w ciepłej; rozczyn wodny barwi się w powietrzu na ciemno-czerwono. Środek ten już znalazł zastosowanie u oftalmologów i rynologów: zabiegi n. p. operacyjne w jamach nosa, czasami znacznie krwawiące, można wykonać prawie bezkrwawo przy użyciu adrenaliny; Lehman w Strassburgu usuwał zwierzętom całe płaty wątroby zupełnie bezkrwawo po wstrzykiwaniach adrenaliny, a tłómaczy to szybkiem tworzeniem się skrzepów w naczyniach włosowatych; Brasin ogłasza znakomite wyniki po kombinacyi kokainy z adrenaliną; o podobnych spostrzeżeniach donoszą Dönitz, Lange i inni.

Co się tyczy wewnętrznego stosowania rozczynu adrenaliny skąpe są dotychczas wiadomości: Coleman podawał ją po 15 grm. dziennie w przypadkach krwotoków kiszkowych z dobrym podobno skutkiem; — szkodliwego jakiegoś wpływu ubocznego nie zauważył. Lang zastosował rozczyn adrenaliny w dwóch przypadkach: pierwszy dotyczył młodej suchotnicy, dotkniętej od 3 dni nieprzerwanemi krwawieniami płucnemi: żelatyna, stosowana przez usta i odbytnicę, morfina, wstrzykiwania ergotyny, zostały bez skutku. Po dwurazowem podaniu 30 kropel rozczynu adrenaliny, zastosowanych w przeciągu dwóch godzin, krwotok ustał zupełnie i trwale. Drugi przypadek odnosił się do chorego, cierpiącego na raka żołądkowego, u którego codziennie regularnie występowały wymioty krwawe; adrenalina i tutaj nie zawiodła. Graeser również widział dobry wynik w jednym przypadku krwotoku kiszkowego, który nastąpił w przebiegu duru brzusznego. Autor stosował w 3 przypadkach adrenalinę: w pierwszym był krwotok nosowy, który literalnie nie dał się zatamować żadnym znanym środkiem. W swej rozpaczy zatamponował Kirch jamę nosową gazą, napojoną rozczynem adrenaliny, nadto polecił na wewnątrz co 2 godziny 20 kropel $^{1}/_{10}\%$ tego środka; krwotok ustał i nie powtórzył się mimo usunięcia tamponów po 24 godzinach. Również w krwotoku z dróg moczowych wstrzykiwania co 2 godz. 1 ctm.^{3} rozczynu adrenaliny doprowadziły już po 4-tem wstrzyknięciu do pomyślnego wyniku; trzeci wreszcie przypadek odnosił się do suchotnicy, u której krwotok pomimo lodu i morfiny nie ustawał· trzykrotne wstrzyknięcie po 1 ctm.^{3} adrenaliny usunęło natychmiast krwawienie. Aczkolwiek autor na zasadzie swojego zbyt szczupłego materyału nie może adrenaliny nazwać typowym środkiem tamującym krew, to wyniki, dotychczas otrzymane, żadną miarą nie mogą być przypadkowe. Działanie tego środka można tłómaczyć albo podrażnieniem ośrodka zwężającego naczynia (Cybulski, Szymonowicz), albo też ośrodków naczynioruchowych (Schäfer, Oliver): pierwsza z tych własności została udowodnioną bez wszelkiej wątpliwości. W końcu dodać trzeba, że wysoka cena adrenaliny nie powinna być przeszkodą do dalszych prób.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Marburg Otto. **Przyczynek kliniczny do neurologii oka. Wiąd rdzenia w wieku dziecięcym i młodocianym.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 46, 1903). Autor opisuje przypadek cierpienia, które przypadkowo zajmowało kilku polskich badaczy: — na 34 ogółem znanych przypadków jeden podał Dydyński, pięć przypadków Halban, jeden Babiński; przytem Halban ogłosił pracę o wiądzie wieku młodego, zawierającą wszystko, co o tej chorobie dotychczas wiadomo. W przypadku Marburga za rozpoznaniem wiądu przemawiają objawy Argyll-Robertsona, zanik nerwu ocznego, przebyta kiła, objawy Westphala i Romberga. Że nie ma współistnienia drugiego cierpienia, świadczy nienaruszona inteligencya. W wysnuwanych na podstawie znanych dotychczas przypadków wiądu wieku dziecięcego i młodocianego wnioskach przyłącza się autor do zapatrywań, wygłoszonych swego czasu przez Halbana. W statystyce uderza przedewszystkiem, że na 34 znanych przypadków 19 dotyczyło dziewcząt, 15 chłopców, — stosunek odmienny, jak w wiądzie u dorosłych, gdzie na jedną chorą przypada kilku mężczyzn. Widocznie w wieku dziecięcym przyczyna, wywołująca chorobę, istnieje u obu płci w jednakowym stopniu, gdy później czynnik usposabiający odgrywa rolę na niekorzyść mężczyzny. Dalszą właściwością wiądu wieku młodego, na co również zwrócił już uwagę Halban, to częstość kiły w wywiadach. Znaczenie etyologiczne kiły w wiądzie dzieci musi zaważyć na szali rozważań etyologicznych co do wiądu dorosłych, u dzieci odpadają bowiem inne czynniki przyczynowe, do których mogłaby się uciec etyologia wiądu dorosłych, jak alkoholizm, przeciążenie itd. Zaledwie w 2 przypadkach wiądu dzieci można było stanowczo wykluczyć kiłę; w $^{5}/_{6}$ przypadków natomiast napewne ją stwierdzono. Wobec rzadkości choroby nasuwa się pytanie, dlaczego tak mało dzieci kiłowych nabywa wiądu rdzenia? Remak tłómaczył tę sprzeczność możliwością przeoczania wiądu u dzieci; Halban zwracał uwagę na wielką śmiertelność dzieci dotkniętych kiłą; Marburg przyjmuje dla wytłómaczenia szereg okoliczności, sprzyjających powstaniu chorób na gruncie pierwszorzędnej przyczyny, t. j. kiły dziedzicznej w przeważnej części przypadków, wyjątkowo nabytej, więc odziedziczoną skłonność do chorób nerwowych, przebycie chorób zakaźnych, urazy (głowy), okres dojrzewania płciowego (u dziewcząt). Okres czasu od zakażenia kiłowego do początku choroby wynosi od 5 lat (przypadek Dydyńskiego) do 19 lat — podobnie jak u dorosłych. Co do symptomatologii, to znachodzimy u dzieci i u dorosłych te same objawy. Z tych warto podnieść występowanie charakterystycznego połowiczego bólu głowy objawowego, który to objaw obszernie opisał Halban. Częste występowanie zaburzeń czucia w różnych okolicach ciała, na co również tenże autor zwrócił uwagę, potwierdza Marburg. Gdy na ogół objawy wiądu obu wieków jednakowo się zachowują, podać należy jako różnicę zachowanie się objawów Romberga i niezborności, które u dzieci występują rzadziej, w $^{1}/_{3}$ przypadków, gdy u dorosłych stwierdza się je w $^{2}/_{3}$ przypadków. Wobec małej dotychczas kazuistyki trudno uchwycić przyczynę tej różnicy w objawach. Omawiając niezborność, zbija autor zapatrywanie, jakoby zanik nerwu wzrokowego wykluczał niezborność ruchów. Że oba objawy obok siebie istnieć mogą u dzieci, wykazał już Halban. Wspomnieć tutaj należy, jako rzecz charakterystyczną, że ciężka niezborność w wiądzie dzieci bardzo rzadko się zdarza, co można tem tłómaczyć, że wogóle przebieg i objawy wiądu dzieci są łagodne. Dalszą właściwość wiądu wieku młodego stanowi względna częstość zaniku nerwu ocznego, który zdarza się w $^{1}/_{2}$ przypadków u dzieci, gdy u dorosłych tylko w $^{1}/_{4}$. Może się jednak ta różnica mniej uderzającą wydać, jeśli zważymy, że właśnie kiła dziedziczna u dzieci tak często wywołuje cierpienie oczu. Zaburzenia ze strony pęcherza nie różnią się częstością występowania, natomiast tem, że zjawiają się bardzo wcześnie przed innymi objawami, zwłaszcza im chorzy są młodsi; jeden tylko chory Halbana okazywał ten objaw, jako początkowy. Stąd wynika możliwość pewnych trudności rozpoznawczych między samowolnem moczeniem nocnem, a początkowym wiądem dziecięcym. Pod względem rokowania i leczenia, to postacie choroby obu wieków zgoła się nie różnią z tem zastrzeżeniem, że wiąd u dzieci przebiega łagodniej.

Zatem różnica między wiądem wieku młodego, a osób dorosłych wogóle nieznaczna; wyraża się we względnej częstości, z jaką w wieku dziecięcym cierpienie to dotyka kobiety, bardzo często stwierdzanem w wywiadach zakażeniem kiłowem, częstszem występowaniem zaniku nerwu ocznego, rzadziej zaś cięższemi postaciami niezborności, co idzie w parze z łagodnym przebiegiem choroby. Chodzi o wytłómaczenie tych różnic. Możliwe, że jad kiły dziedzicznej inne ma działanie, słabsze, niż w kile nabytej. Tłómaczyć możnaby zapomocą poglądu Mendla, że wiąd rdzenia u kobiet przebiega łagodniej, niż u mężczyzn. Najwięcej zasługuje jednak na uwzględnienie wpływ, jaki może mieć zanik nerwu wzrokowego na przebieg wiądu. Wprawdzie autor przyłącza się do zdania Halbana, że nie zawsze wystąpienie zaniku nerwu wzrokowego pociąga za sobą zastój w postępie choroby, przyznaje jednak, że w wielu przypadkach rzeczywiście zanik nerwu wzrokowego idzie w parze, jeśli nie ze wstrzymaniem to co najmniej z złagodnieniem dalszego rozwoju choroby.

Orzechowski.

Müller. **Przyczynek do nauki o nadmiernem poceniu się ogólnem.** (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1903, Nr. 45). Dwudziestoletnia dozorczyni chorych, dotychczas zupełnie zdrowa, zachorowała po dość uciążliwej pracy w zimie na nadmierne pocenie się całego ciała, które z początku występowało tylko w dzień, a potem i w nocy; równocześnie ustało miesiączkowanie, które u chorej zresztą zawsze było nieregularne. Łaknienie z początku było dobre, objawów choroby płuc lub innego narządu nie zauważono; układ nerwowy również był bez zmian chorobowych; jedynem zboczeniem był niedostateczny rozwój macicy. Chora z powodu potów nabawiła się wyprysku ogólnego i wtedy straciła łaknienie, schudła, była bardzo przygnębiona i cierpiała znacznie z powodu dreszczów, występujących pod lekkiem przykryciem lub przy wejściu do wanny;

trapiła też ją bezsenność, spowodowana przez świerzbiący wyprysk tak, że w 9 miesięcy straciła 20 kg. wagi. Po wygojeniu się wyprysku skóra została zmacerowaną potem i była bolesna. Pocenie się występowało bądź w napadach, bądź było stałem tak, że chora musiała 9—23 razy dziennie zmieniać bieliznę; przytem ilość moczu była dość znaczna od 600 do 2200 ctm. sz. o ciężarze gatunk. od 1033 do 1012; mocz nie zawierał białka i cukru. Leczenie polegało na 10-minutowych kąpielach na 27° R. z następowemi nacieraniami chłodnemi całego ciała i posypywaniu mączką miejsc bolesnych, co usuwało pocenie się na kilka godzin. Natomiast zalecane zimne i gorące kąpiele, środki przeciwpotne (wilcza jagoda, agarycyna), moczopędne (diuretyna, octan potasu), przeczyszczające (sól karlsbadzka i zachwalany przez Anglików kwiat siarczany), prąd przerywany i kołaczyki owaryny nie odniosły żadnego skutku. W marcu pocenie się nieco ustało i chorą wysłano na wieś, gdzie z początku poty same ustały, lecz po dwóch miesiącach cierpienie wróciło i po upływie dwóch dalszych miesięcy chora tamże umarła. Wzmożone pocenie się na całem ciele zdarza się przy otyłości, w gruźlicy płuc, cukrzycy, chorobie Basedowa i macinnicy, choroby te jednak można było wykluczyć w opisywanym przypadku. Bardzo często pocenie się ogólne zdarza się w okresie przejściowym u kobiet i w niedomodze nerwowej. I w przypadku opisanym pocenie się zaczęło się z ustąpieniem miesiączki; autor uważa go jako *hyperhidrosis* lub *polyhidrosis neurasthenica*. Lecz zdarzają się także przypadki *hiperhidrosis* wrodzonej i występującej nawet u kilku członków jednej rodziny. Także w nerwicach urazowych i w wiądzie rdzenia, przy nowotworach mózgu i rdzenia przedłużonego zauważono nadmierne pocenie się i autor jest przekonany, że w opisanym przypadku przyczyną choroby było znacznego stopnia podrażnienie ośrodka potnego, może przez guz mózgu. *Dr. Fels.*

Borntrӓger i Berg. **O rozpoznaniu na zwłokach śmierci ze skrwawienia się.** (*Vierteljahrsch. f. ger. Med.*, 1904, zeszyt 1). Na podstawie sekcyi 50 przypadków, w których śmierć nastąpiła niewątpliwie ze skrwawienia się, starają się autorowie określić cechy anatomiczne, na którychby można oprzeć rozpoznanie, jeżeli brak zupełnie wywiadów, a przyczyna śmierci jest niepewna. Z dokładnego zestawienia wyników sekcyi w swoich 50 przypadkach nabrali autorowie przekonania, że obraz anatomiczny po śmiertelnych krwotokach jest nieco inny, niż się zazwyczaj mniema. Oprócz potwierdzenia znanego faktu, że stopień niedokrwistości bywa wogóle znaczniejszy po długotrwałych, wyniszczających chorobach, niż po wielkich śmiertelnych krwotokach, doszli autorowie do następujących wniosków: 1) W przypadkach śmierci ze skrwawienia rzadko się zdarza zupełny brak plam pośmiertnych. 2) W przypadkach tych bywają wszystkie żyły próżne z wyjątkiem żył miękkich opon mózgowych; w spostrzeżeniach autorów nie zawierały żyły opon miękkich krwi tylko w 6 na sto, były silnie krwią wypełnione w 19 na sto, a zawierały mierną ilość krwi w 84 na sto przypadków. 3) Najczęstszemi oznakami śmierci ze skrwawienia się są: brak krwi w jamach sercowych, w 72 pct., i bladość śledziony, w 80 pct., oraz wątroby, w 84 pct. 4) Natomiast barwa miąższu płuc i nerek bywa w przypadkach śmierci ze skrwawienia się tak rozmaitą, że nawet stosunkowo wyraźnie czerwona barwa tych narządów, dowodząca, iż w nich znajduje się jeszcze dość dużo krwi, nie przemawia przeciw skrwawieniu się. 5) W przypadkach śmiertelnych krwotoków wewnętrznych znajdowano średnio 1800 ctm. sześć. krwi: utrata tej ilości krwi wystarcza już przeto, aby sprowadzić śmierć. Wyjątkowo już mniejsza utrata krwi, 1500 ctm. sześć., może wywołać śmierć; również wyjątkowo zdarza się większa utrata krwi, aż do 3000 ctm. sześć., zanim śmierć nastąpi. 6) U położnic, które zginęły z krwotoku, bywa zazwyczaj niedokrwistość znaczniejsza, niż przy śmiertelnych krwotokach z innych przyczyn, a to z tego powodu, ponieważ w przypadkach krwotoków połogowych krew sączy się zazwyczaj potrosze i zwolna; aby zaś rozpoznać na zwłokach położnicy napewno śmierć ze skrwawienia się, należy wyłączyć inne przyczyny śmierci, przedewszystkiem rzucawkę, udar mózgowy, zator tętnicy płucnej, zator powietrzny. 7) Rozpoznanie śmierci ze skrwawienia się może być niekiedy nawet na świeżych zwłokach trudne; należy przytem zawsze pamiętać, że śmierć ze skrwawienia się zazwyczaj nie łączy się z najwyższym stopniem niedokrwistości zwłok. *C.*

Bajardi. **Streptothrix lingualis w jamie ustnej zdrowych i chorych na błonicę.** (*Centralbl. f. Bakteriol.*, 1903, tom 33, nr. 2, Or.). Rozpoznanie bakteryologiczne błonicy opiera się w praktyce często tylko na badaniu mikroskopowem. Aby przy tem badaniu odróżnić prątki błonicze od innych, do nich podobnych drobnoustrojów, zalecano barwić je takimi sposobami, którymi barwią się ziarenka Ernst-Babesa. Okazało się jednak, że niemal wszystkimi zalecanymi w tym celu sposobami barwią się także ziarenka, znajdujące się w niektórych ziarenkowcach, w prątku siennym, w prątku Hoffmanna i w bac. xerosis, a obecnie podaje B., że ziarenka takie zawiera i streptothrix lingualis, znajdująca się często u zdrowych w jamie ustnej. Otóż aby uniknąć pomyłki, o którą nietrudno z powodu morfologicznego podobieństwa pewnych postaci streptothrix do prątka błoniczego i z powodu stałej obecności ziarn w owych postaciach tej streptothrix, zaleca B. używać do barwienia preparatów sposobu Bronsteina, którym barwią się ziarenka prątka błoniczego, a nie barwią się ziarenka streptothrix. *C.*

Alexander. **Drżenie głosowe w brzuchu.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 43, 1903). Przed dwoma laty ogłosił de Brun pracę, w której donosi, że ręka, położona na powłoki brzuszne, wyczuwa w wielu przypadkach chorobowych drżenie głosowe, odpowiadające w zupełności drżeniu na klatce piersiowej. Stwierdził on nadto, że drżenie występuje w razie istnienia w jamie otrzewnowej płynu otorbionego lub wolnego. Do tego samego wyniku — jedynie co do drżenia — doszedł i Weber, twierdząc atoli, że drżenie powstaje tylko w tych przypadkach, w których nie płyn, ale powietrze znajduje się w jamie otrzewnowej. Natomiast autor, przeprowadzając badania kontrolujące, stwierdził przedewszystkiem, że w stanach prawidłowych drżenia w brzuchu nigdy wykazać nie można; to samo zresztą da się powiedzieć o przypadkach chorobowych, jakoteż o zmianach, wywołanych drogą doświadczeń na zwierzętach. *Dr. Pisek* (Kraków-Podgórze).

Peiser. **O osłabieniu czucia** (*hypaesthesia*) **w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Muench. med. Wochenschr.*, 1903, 41). Przy badaniu czucia prawej strony brzucha podczas napadu w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego znalazł autor ciekawe zmiany, mianowicie z jedenastu przypadków badanych były w dziewięciu bardzo wyraźne zaburzenia czucia w podbrzuszu prawem, a w dwóch wynik badania był ujemny. W tych dziewięciu przypadkach sześć razy było osłabienie czucia (*hypaesthesia*), w dwóch wzmożenie czucia (*hyperaesthesia*), w jednym najpierw osłabienie, potem wzmożenie. Poszczególne przestrzenie skóry, gdzie były zmiany w czuciu, nie miały granic ostrych. Autorowie opisują często wzmożenie czucia tej okolicy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, a nie wspominają o osłabieniu czucia. *B. Żmigród.*

Bruns. **Leczenie raka promieniami Röntgena.** (*Die Therapie der Gegenwart.* 1904, styczeń). Do leczenia promieniami Röntgena nadaje się na razie rak skóry, szczególnie t. zw. wrzód żrący (*ulcus rodens*) i rak powierzchowny, mianowicie rak sutka, nie nadający się już do operacyi. Przy pierwszym można osięgnąć zupełne wyleczenie z kształtną blizną, przy drugim tylko polepszenie. Naświetlanie trwa 30—60 minut i odbywa się przy wrzodzie żrącym w 3—5 (a nawet 1—3 posiedzeniach), poczem w pierwszych 10—12 dniach nie występuje żadna zmiana, tylko nieco ciemniejsze zabarwienie tła wrzodu i silniejsze wydzielanie. Po 12—14 dniach pojawia się lekkie zaczerwienienie otaczającej skóry, twardy brzeg staje się miękkim i płaskim, wrzód okrywa się ziarniną i w cztery do ośmiu tygodni bywa zagojony. Czy te przypadki zostają długo bez nawrotów, na razie nie można jeszcze orzec. Przy rakach sutka, nie nadających się już do operacyi, leczenie trwa dłużej; tu bole ustają, wrzody posokowate się oczyszczają i zabliźniają i nowotwór się zmniejsza, chociaż w innem miejscu dalej postępuje. Leczenie raka promieniami Röntgena polega na zwyrodnieniu i zupełnem zanikaniu komórek rakowych; czy się jednak uda wywołać odrazu ten wpływ korzystny na wszystkie części raka i zapobiedz rozrostowi dalszych guzów, co zależy może od dokładnego dawkowania promieni, przyszłość okaże. Leczenie raka promieniami powinno spoczywać w rękach fachowców i odbywać się w dobrych zakładach; należy również ostrzegać przed tem, by lekarze i chorzy nie przeceniali tego środka i doświadczając go na chorych, nie leczyli raka tak długo promieniami Röntgena, żeby później już i nóż więcej nie mógł pomódz. *Dr. Fels.*

Halberstädter. **Następstwa podwiązania żyły udowej pod więzem Pouparta.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1903, XXXVIII, 3). Następstwa podwiązania żyły udowej pod więzem Pouparta są różne, gdyż podczas gdy w jednych przypadkach chorzy dobrze znoszą podwiązanie bez dalszych zaburzeń, to w innych występują znaczne zmiany w krążeniu, a nawet i zgorzel kończyny. Autor zebrał z piśmiennictwa wszystkie przypadki i stwierdził, że w 54 przypadkach podwiązania żyły udowej zgorzel wystąpiła w dwóch, podczas gdy przy równoczesnem podwiązaniu żyły i tętnicy nastąpiła zgorzel w 14 przypadkach na 24. Autor miał przypadek posokowatej zgorzeli kończyny w następstwie koniecznego wycięcia żyły udowej w celu usunięcia guza. Starał się potem na drodze doświadczeń wytłómaczyć, dlaczego następstwa podwiązania są w różnych przypadkach różne i doszedł do przekonania, że powrót do prawidłowego krążenia zależy od wielu czynników, mianowicie od ciśnienia

krwi, od sprawności zastawek żylnych, a także od rozmaitych połączeń żylnych, powstałych już przed operacyą. Wnioski, jakie autor na mocy swych doświadczeń wyciąga, są następujące: przy skaleczeniach żyły udowej trzeba najpierw stosować środki tamujące krwotok, starać się, by utrzymać światło żyły, a więc wykonać boczne podwiązanie, a najlepiej założyć szew na żyłę. Przy wycinaniu guzów zrośniętych z żyłą udową należy bardzo oszczędzać żyły i starać się, by jak najwięcej bocznych gałązek utrzymać, a w każdym razie musi się pamiętać o utrzymaniu całej tętnicy udowej. Przytem przestrzegać aseptykę, względnie antyseptykę, przez dokładne zaś zatrzymanie krwawienia można uniknąć silniejszego nacieczenia krwawego tkanki łącznej. W przypadkach, gdzie tętnica udowa jest utrzymaną, a ciśnienie krwi dobre, wskazanem jest zawieszenie lub wyższe ustawienie kończyny; jest to zaś przeciwwskazanem przy równoczesnem podwiązaniu tętnicy i złem parciu krwi.

B. Żmigród.

Müller. **Spostrzeżenia nad plamami Koplika, odczynem dyazowym moczu i gorączką w odrze.** (*Münch. Medizinische Wochenschrift*, Nr. 3, 1904). Autor, rozporządzając wielkim materyałem, jakiego dostarczyła rozległa epidemia odrowa, panująca w Marburgu w roku 1902 na 1903, zwracał baczną uwagę na występowanie tak zw. plam Koplika, będących jednym z pierwszych zwiastunów odry. Plamki te, które Koplik a później Sławyk tak obrazowo przedstawili, porównywując je do rozpryśniętych cząstek wapna na ciemnem tle, występowały bardzo często pod względem odsetkowym na 1 do 7 dni przed osutką, daleko zaś rzadziej już podczas wysypania. Rozmaici autorowie rozmaicie oceniają ten objaw; zgodnie jednak po większej części oświadczają się za wyłącznem ukazywaniem się plamek tylko w odrze; atoli nieliczni wprawdzie pediatrzy, a między nimi i autor, spostrzegali je w kurze czyli różyczce (*rubeola*), odmawiając w ten sposób plamkom Koplika wartości nieomylnej cechy dla odry i przestrzegając przed pochopnem rozpoznawaniem choroby jedynie tylko na tej jednej podstawie. Że autor nie mylił się w rozpoznawaniu różyczki, przytacza na dowód, że te same dzieci, które przed niedawnym czasem przebywały odrę, cokolwiek później nabawiły się różyczki; na 14 przypadków różyczki u 6 stwierdzono plamy Koplika.

Co się tyczy dyazowego odczynu moczu, to występował on stale w odrze, ale dopiero z chwilą pojawienia się osutki, a zaledwo dwa razy na dzień przed nią. Odczyn ten utrzymywał się przez cały czas gorączki ciągłej i bardzo szybko znikał po jej opadnięciu. Znaczenia więc odczynu zwiastunowego nie posiada. Wunderlich, który pierwszy ustalił typy gorączkowe w chorobach zakaźnych, podał charakterystyczną krzywiznę dla odry, t. j. krótkie i dość znaczne wzniesienie ciepłoty, poczem kilkudniowy okres bezgorączkowy, a wreszcie nagłe wystąpienie gorączki, trwające około 4-ch dni. Juhrgensen i autor zgadzają się na powyższy typ gorączkowy, jako najczęstszy: spostrzegali jednak jeszcze dwa inne, choć w mniejszej liczbie przypadków, t. j. jeden taki, gdzie ciepłota powoli się wznosiła, a drugi, odznaczający się nagłem i zupełnie niespodziewanem wzniesieniem.

Progulski

Haberer. **Przyczynek do kazuistyki następstw forsownych prób odprowadzenia przepuklin uwięźniętych.** (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1903, 49). Autor sądzi, że jeżeli mimo ustawicznych dowodów niebezpieczeństwa, tkwiącego w forsownych próbach odprowadzenia, przypadki takie się znachodzą, w których powstają ciężkie, a nawet życiu grożące uszkodzenia z powodu bezcelowych prób, to fakt ten świadczy o tem, że za mało się zwraca uwagi na istniejące piśmiennictwo. Należałoby te przypadki zapisywać w czasopismach, które są w pierwszym rzędzie dostępne lekarzom praktycznym. Autor przytacza trzy przypadki przywiezione do I. chirurg. kliniki wiedeńskiej: w pierwszym u chłopca 4½-letniego uwięźnięcie przepukliny pachwinowej prawej trwało od dwóch dni: odprowadzenie jelita już zgorzelinowego, oraz zapalenie otrzewnej miało miejsce już przed zgłoszeniem się do kliniki. Zrobiono herniolaparotomię. Śmierć nastąpiła 10 dnia po operacyi. W przypadku drugim u chłopca 2½-letniego uwięźnięcie przepukliny pachwinowej prawej trwało od trzech dni; bezowocne próby odprowadzenia przed zgłoszeniem się do kliniki z wielokrotnem rozdarciem krezki części uwięźniętych jelita; wykonano operacyę doszczętną, nastąpiło wyleczenie. W trzecim — u kobiety 41-letniej było uwięźnięcie przepukliny udowej lewej, trwające sześć godzin; wykonano bezowocne próby odprowadzenia poza kliniką z urwaniem krezki jelita uwięźniętego; wycięto 83 ctm. jelita cienkiego, nastąpiło wyleczenie. Z odprowadzeniem trzeba być bardzo ostrożnym, gdyż bądź co bądź robi się tu po ciemku, i niema się najmniejszego pojęcia o tem, w jakim stanie znajduje się narząd, mający być odprowadzonym. Pominąwszy już to, że jelito nawet po kilku godzinach uledz może ciężkim zmianom, to należy zwrócić jeszcze uwagę na osobniczą kruchość jelita i krezki, jak o tem świadczy przypadek Franka, gdzie następstwem odprowadzenia przepukliny uwięźniętej, wykonanego przed niecałą godziną, było przedziurawienie jelita. W klinice, w której autor pracuje, postępują w ten sposób, że robią raz tylko ostrożną próbę odprowadzenia w kąpieli; jeśli próby odprowadzenia były robione poza kliniką, to bezwarunkowo operują. Tylko w przypadkach, gdzie operacya wprost jest przeciwwskazaną, można próbować odprowadzić, względnie nawet przy pomocy wysokiego ułożenia miednicy i stosowania zimna.

B. Żmigród.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

K. Fuchs. **O leczniczem zastosowaniu cytrofenu.** (*Therapeutische Monatshefte* XVII, S. 574). Cytrofen jest związkiem pochodnym kwasu cytrynowego i parafenatydyny. Proszek biały, bezwonny, o lekko kwaśnym smaku, łatwo rozpuszczalny we wodzie, łatwo i szybko ulegający wessaniu, w 20 bowiem minut po zażyciu okazuje się w moczu. Dawka dzienna u dorosłych wynosi 3 razy po 0·5—1 grm., u dzieci 3 razy po 0·3 grm. Cytrofen ma swoisto przeciwgośćcowe działanie, przyczem nie szkodzi nawet schorzałemu sercu. Nie wywołuje przytem żadnych działań ubocznych; można go więc stosować bez szkody przez dłuższy czas. U chorych gorączkujących wywołuje w dawkach 0·5 do 1 grm. spadek ciepłoty o 1° do 1·5°, trwający przez kilka godzin, do którego nigdy nie dołączają się objawy zapadu. Wreszcie cytrofen nadaje się jako dobry środek przeciw rwie.

O.

Leczenie puchliny wodnej według nowszych zapatrywań. (*Allg. Med. Centr.-Ztg.*, Nr. 22 i 23, 1903). Meyer w Bernstadzie omawia obszernie dotychczasowe leczenie puchliny wodnej 1) przez spotęgowanie czynności serca, 2) przez sztuczne zwiększenie czynności nerek, 3) przez zadziałanie na jelita, 4) przez leki napotne, przez modyfikacyę doprowadzania płynów i wreszcie przez bezpośrednie odprowadzanie płynów drogą nakłucia i sączkowania. Przetwory moczopędne działają głównie w połączeniu z lekami sercowymi; gdy te już nie skutkują, należy usunąć puchlinę wywołaniem obfitych wypróżnień wodnych silnymi i najsilniejszymi środkami czyszczącymi, jak jalapa, skamonium itd. Pośrednie miejsce między lekami moczopędnymi, a czyszczącymi zajmuje kalomel; jego moczopędne działanie występuje przeważnie w puchlinie sercowej. M. łączy kalomel z innym lekiem przeczyszczającym i naparstnicą: Rp. *Calomelan. 0.2—0.3, Resin. scammon. 0.2—0.6, Fol. digitalis 0.06—0.1, Jalap. p. 1.0—1.5, Mfp. d. t. d. Nr. VI. S. Codziennie lub częściej w tygodniu zażyć jeden proszek.* Tym sposobem usunął Meyer puchlinę wodną zupełnie, która stawiała opór wszelkim dotychczasowym sposobom. Leki moczopędne (diuretyna) działają silnie, zwłaszcza w połączeniu z naparstnicą, nie mogą jednak równać się z skombinowanem leczeniem kalomelowem. Skuteczniejszą od diuretyny i aguryny jest teofilina, uzyskana z wyciągu herbaty. Ponieważ ta jest nadzwyczaj drogą, prof. Traube sporządził syntetycznie teofilinę i nazwał ją teocyną. Ta jest najsilniejszym i najtrwalszym lekiem moczopędnym i nie ma prawie żadnych wpływów ubocznych. Alteracyę układu nerwowego łagodzi się przez dodanie antagonistycznie działającego na nerwy hedonalu (0.4—0.5).

M. poleca: *Theocin. 0.3, (ewent. fol. digit. p. 0.05—0.1), d. tal. dos. X. S. 3 r. dz. zażyć 1 proszek.* Teocyna działa w puchlinie tak sercowej, jak i nerkowej, w sposób wybitny. Z zabiegów fizykalno-dyetetycznych opisuje M. kilkodniowe spokojne leżenie w łóżku, uporządkowanie spożywania płynów co do ilości, jakości i ciepłoty. Wybitnem jest moczopędne działanie źródeł mineralnych, zawierające sól kuchenną, a jeszcze więcej wód alkalicznych i alkaliczno-ziemnych, oraz wód gorzkich. Żywienie powinno być raczej umiarkowane, niż nadmierne, gdyż to raczej wzmacnia czynność serca. Ograniczona dyeta mleczna: 600—800 sz. ctm. w 3—4 dawkach jest najwłaściwszą. Z zabiegów bezpośrednich mechanicznych zaleca M. nakłuwanie (akupunkturę), nasiekanie (skaryfikacyę), sączkowanie włoskowate Southeya, długie na 3 ctm. cięcia (6—8), przenikające tkankę podskórną, głównie na udach. Dzieląc puchlinę wodną, stosownie do przyczyny, na 3 typy: 1) na pochodzącą z wad zastawkowych, 2) z powodu miażdżycy tętnic i podobnych stanów i 3) jako następstwo chorób nerkowych, twierdzi M., iż w puchlinie sercowej najwięcej widoków ma skombinowane leczenie naparstnicą, przynajmniej w początku, podczas gdy w miażdżycy tętnic i t. p. najczęściej już w początku nie działa nawet najenergiczniejsze leczenie naparstnicą. W takich przypadkach należy, aby nie stracić drogiego czasu, stosować już od początku najsilniej działające leki (skombinowane leczenie kalomelowe, najsilniejsze środki moczopędne). W puchlinie nerkowej wchodzą głównie w rachubę najsilniejsze przetwory czyszczące i fizykalne sposoby leczenia.

Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 20 stycznia 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 30.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Kol. prof. Bujwid demonstrował 3 palce lewej ręki, które 15-letni chłopak amputował sobie siekierą, w celu zapobiegnięcia skutkom ukąszenia przez psa, podejrzanego o wściekliznę.

III. Kol. Żeleński wygłosił zapowiedziany odczyt: »O aglutynacyi paciorkowców« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Eisenberg podnosi podobieństwo paradoksalnych szeregów aglutynacyi, spostrzeganych przez prelegenta, do zjawiska »proaglutynoidów«, opisanego przez Eisenberga i Volka, a stwierdzonego przez Asakawę, Shigę, Mosera i Pirqueta. Zjawisko to może też występować przy surowicach świeżych, jak to stwierdzili Volk i de Wade i Eisenberg przy badaniu surowic swoistych i prawidłowych. Ważną jest zmienna zdolność różnych szczepów paciorkowcowych do ulegania aglutynacyi, znajdująca analogię u różnych szczepów bakteryi durowych, dwoinek Fraenkla, gronkowców (Otto, Eisenberg i Habicht) i bakteryi ropy błękitnej (Eisenberg). Należałoby stwierdzić, czy i w tym przypadku przystosowanie do aglutynin, krążących w zakażonym ustroju, jest podstawą tego zjawiska. Wreszcie omawia E. znaczenie, jakie istnienie przyrodzonych ciał swoistych, czy ochronnych, w surowicach zwierząt prawidłowych mieć może dla naszych poglądów na rolę rozmaitych bakteryi, fakultatywnie zakaźnych w prawidłowym ustroju.

Kol. Gertler podnosi, że próby drobnowidowe przy aglutynacyi paciorkowców mają mniejsze znaczenie, aniżeli próby makroskopowe, podobnie jak przy próbach Widala, z tych też względów przyznaje wyższość próbie makroskopowej. Przy próbach drobnowidowych zajść mogą bardzo często błędy, tkwiące w samej metodzie badania, jak n. p. zmiany w kropli badanej, spowodowane gorącem pętli platynowej. Mimo ostrożnego zbierania paciorkowców z powierzchni agaru łopatką platynową, zabiera się często cząstki agaru, które przyczynić się mogą do skupienia badanych drobnoustrojów. Z tych powodów więcej można polegać na próbach makroskopowych. Ponieważ przy surowicy koni, szczepionych paciorkowcami, nieprzeprowadzonymi przez zwierzęta, nie mamy danych na oznaczenie siły, względnie jednostki imunizacyjnej, musimy na razie oznaczyć siłę aglutynacyi, która ma iść w parze z działaniem zabójczem surowicy na paciorkowce. Dotychczas stosowanych sposobów, polecanych przez Hasenknopfa i Salgego, Mosera i Pirqueta używał G. ze skutkiem ujemnym. Hodowle bulionowe przedmuchiwał przez krótki czas, z powodu braku przyrządu do przedmuchiwania hodowli, przez 20 godzin w cieplarce, ale nie zdołał uzyskać wyników pomyślnych. Moser i Pirquet sami podają, że nie wszystkie gatunki paciorkowców nadają się do aglutynacyi ich sposobem. Skoro i podany przez Tavela sposób hodowania paciorkowców na 1% bulionie cukrowym nie dawał wyników pomyślnych, sporządzał G. zawiesinę z hodowli agarowych w wodzie jałowej i rozczynie fizyologicznym. Lecz i tu okazało się, że szczepy używane nie dawały zawiesiny, nadającej się do badań makroskopowych; być może, że szczepy te wogóle do tego sposobu się nie nadawały. Chcąc uzyskać pożywkę płynną, w którejby paciorkowiec rósł jednostajnie i wywoływał zmącenie, sporządzał buliony, zawierające $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3, 4 i 5% peptonu, lub też $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3 i 4% cukru i na nich próbował wyhodować paciorkowce. Próby te wypadły ujemnie. Następnie dodawał do poprzednich pożywek surowicy ludzkiej w stosunku 1 : 2. Hodowle mętniały, lecz próby aglutynacyjne wypadały niepomyślnie, gdyż równocześnie powstawały precypityny, z powodu, że surowica, użyta do doświadczeń, pochodziła z koni, szczepionych hodowlami, zawierającemi surowicę ludzką. Obecnie jeszcze najlepsze wyniki otrzymał z hodowlami, sporządzonemi na bulionie, zawierającym 4—5% peptonu z dodatkiem 1% cukru i surowicy końskiej w stosunku 1 : 2. Większość szczepów paciorkowcowych wywołuje zmętnienie obok skąpego osadu, który przy lekkiem wstrząśnieniu rozpływa się w cieczy. Takich hodowli używał do całego szeregu prób aglutynacyjnych makroskopowych, chcąc ocenić siłę surowic, otrzymanych z koni, szczepionych różnymi sposobami. Wyników na razie nie przytacza, gdyż w przyszłości zda z nich obszernie sprawę. W końcu zapytuje prelegenta, w jakiej ciepłocie trzymane były hodowle podczas aglutynacyi?

Kol. prof. Bujwid podnosi, że jakkolwiek oddawna starano się znaleźć sposoby odróżnienia paciorkowców, to jednak dotąd się to nie udaje. Badania morfologiczne nie dały nic stanowczego i sposób ten ustąpił obecnie metodzie aglutynacyi. I tutaj jednak są wielkie trudności, wynikające przedewszystkiem stąd, że paciorkowce w płynach nie dają hohowli jednolitej, ale łatwo twarzą osady. Dlatego to badanie aglutynacyi w hodowli płynnej nastręcza poważne trudności. Może zapomocą zdejmowania hodowli z powierzchni agaru uda się to łatwiej przy pewnej wprawie. Sposobu tego dotąd mowca nie próbował, gdyż nie miał do niego zaufania, jak również nie ma wielkiego zaufania do badania aglutynacyi jedynie mikroskopowo. Trzeba starać się obserwacyę mikroskopową łączyć z badaniem w probówce. Paciorkowce często dają i bez aglutynacyi formy inwolucyjne, podobne do tych, jakie przy aglutynacyi spostrzegamy. Jedyne kryteryum, jakie obecnie powstaje, jest ocena działania surowicy na homologicznego paciorkowca w ustroju zwierzęcia. Z pomiędzy innych praca Tavela, niedawno ogłoszona w »Deutsche med. Wochenschrift«, daje w tym względzie wskazówki, dowodzące, że surowica w ilości 1 cm.^{3} działa na homologiczne parciorkowce. Tego też sposobu używa się oddawna przy badaniach nad paciorkowcem w Zakładzie higieny.

W odpowiedzi kol. Żeleński podnosi jeszcze raz niektóre szczegóły techniczne, omawiane w odczycie. Na konieczność zbierania hodowli bez uszkodzenia powierzchni agaru zwrócił sam prelegent uwagę w swym odczycie i sądzi, że przy wprawie da się to łatwo osiągnąć. Należycie sporządzona zawiesina przedstawia się jako zupełnie jednostajna mleczna ciecz, niezmieniająca swego wejrzenia przez przeciąg 24 godzin i dłużej. Na preparatach, służących do kontroli, można się przekonać, że dobrze sporządzona zawiesina zawiera same krótkie łańcuszki i dwoinki, nie zawiera natomiast żadnych większych grudek, ani też takowe nie wytwarzają się w niej samoistnie w przebiegu obserwacyi. Zjawisko aglutynacyi można spostrzegać pod mikroskopem we wszystkich fazach po kolei; nieraz już po niedługim czasie występuje wybitna aglutynacya, podczas gdy preparat, użyty do kontroli, pozostaje bez zmiany. Proces aglutynacyi występował w doświadczeniach prelegenta w sposób tak znamienny, że nie pozostawiał miejsca na żadne wątpliwości. Postępując tym sposobem badania, omijamy wszystkie trudności, dotychczas napotykane przy mikroskopowem badaniu aglutynacyi paciorkowców, a zyskujemy bardzo ważny czynnik dodatni, t. j. czułość, na której zbywa próbie makroskopowej i ścisłość w oznaczaniu stopnia aglutynacyi. Na zapytanie kol. Gertlera nadmienia prelegent, że hodowle były podczas aglutynacyi trzymane w ciepłocie pokojowej. *(Streszczenia własne).*

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie z dnia 13 grudnia 1 03 r.

I. Przyjęto jednogłośnie do Towarzystwa kolegów: Dr. Michała Kozłowskiego i Dr. Jana Stopczańskiego.

II. Odbyły się wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1904. Wybrani zostali: kol. Reiss przewodniczącym, kol. Krzyształowicz zastępcą przewodniczącego, kol. Steuermark sekretarzem I, kol. Pacyna sekretarzem II i kol. Stopczański skarbnikiem.

III. Kol. Reiss przedstawia chorego podeszłego wieku ze zmianami, umiejscowionemi szczególnie w okolicy pach i pachwin w postaci kół zamkniętych, o powierzchni pokrytej drobnemi łuseczkami barwy brudno-żółtej, które wywoływały lekkie swędzenie.

Choroba z małemi zaostrzeniami i złagodzeniami ma trwać od bardzo dawna. Ze stanowiska klinicznego możnaby tu myśleć o *seborrhoea furfuracea*, lubo *erythrasma*. Ponieważ w naskórku znaleziono grzyba *microsporon minutissimum*, przeto przyjęto rozpoznanie drugie. Na szczególną uwagę zasługuje tylko niezwykłe umiejscowienie choroby i jej barwa.

Następnie przedstawia kol. Reiss chorą, leczoną w klinice przed dwoma laty z powodu *lues primaria*. Po jednem wstrzyknięciu *Hg*.

salicyl. wystąpiło wtedy nagle zaczerwienienie całej skóry i wybitny jednolity naciek, gorączka, dochodząca do 40° C., ogólne osłabienie i śpiączka. Aczkolwiek błony śluzowe były wtedy wolne, rozpoznano rtęcicę, z której, mimo pierwotnie bardzo groźnego stanu, chora wyleczyła się po kilku tygodniach. Po roku chora była leczona w oddziale szpitalnym z powodu wyprysku na obu kończynach dolnych; przed dwoma tygodniami zgłosiła się znów do kliniki z objawami rumienia rozlanego, który po kilku dniach ustąpił zupełnie, a obecnie przybyła ze zmianami, które z nadzwyczajną szybkością zajęły całą skórę. Skóra silnie zaczerwieniona, naciekła, łuszcząca się drobnymi i dużymi płatami. Chora jest apatyczna i gorączkuje. Rozpoznano *dermatitis exfoliativa generalisata* Broca. Przypadki tego rodzaju mają skłonność do nawrotów, a jako często wymieniane powikłanie wystąpiła i u tej chorej wśród pierwszego wybuchu choroby *gangraena nosocomialis* w zakresie części rodnych.

W dyskusyi przemawiali: kol. Borzęcki i kol. Krzyształowicz.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z daleko posuniętemi zmianami na błonie śluzowej jamy ust, *stomatitis acuta*. Chory leczony był od stycznia do lipca zeszłego roku na prowincyi z powodu kiły wcieraniami szaruchy, poczem po krótkiej pauzie dostał jeszcze 4 wstrzyknięć sublimatowych. Zdawaćby się mogło, że do chwili obecnej rtęć powinnaby być już wyeliminowaną z ustroju; badanie jednak moczu, wykonane w zakładzie chemii lekarskiej, wykazało jeszcze sporą zawartość rtęci. Badanie obecne wykazuje u chorego owrzodzenia warg, błony śluzowej policzków, obrzęk dziąseł i znaczną ruchomość zębów, a wreszcie typowy obraz *lingua crenata mercurialis*.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Steuermark, kol. Borzęcki, kol. Wicherkiewicz, kol. Reiss, kol. Krzyształowicz, kol. Baurowicz i kol. Steuermark. Kol. Reiss zakończył dyskusyę oświadczeniem, że w tym przypadku nie może odstąpić od swego rozpoznania i przyjmuje zakażenie mięszane.

Nadto przedstawia jeszcze kol. Reiss 70-letnią staruszkę z bardzo obfitą wysypką kiłową guzkową, świeżą. Poszukiwania miejsca zakażenia wykazały silnie obrzękły migdałek lewy z lekkim nalotem i wybitnie obrzękłe i twarde gruczoły podszczękowe tejże strony. Przy tej sposobności nadmienia, że pierwotna zmiana kiłowa, jeżeli jest umiejscowiona na migdałkach, zajmuje najczęściej stronę lewą, co niektórzy chcą wytłómaczyć okolicznością, że używając przy jedzeniu ręki prawej, łyżką dotykamy lewej strony ust.

W końcu przedstawia jeszcze kol Reiss dwóch chorych, leczonych z powodu łuszczycy maścią eurobinową bez wewnętrznego podawania arsenu i podnosi doskonałe działanie tego przetworu, przewyższającego w wielu kierunkach kwas pirogalasowy.

Na zakończenie przedstawił kol. Pacyna jeszcze kilku chorych, leczonych z bardzo dodatnim skutkiem tigenolem, poczem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem przy licznym udziale członków Towarzystwa technicznego, miał odczyt kol. dr. Bier: »O asanacyi Zakopanego«.

* Ze względu na niezbity fakt, że we Lwowie zdarzają się dość często przypadki zawleczenia chorób zakaźnych przez okolicznych włościan, dostarczających ludności miejskiej wszelkiego rodzaju produktów spożywczych, fizyk m. Lwowa zawiadomił czasopisma codzienne, że po urzędowem stwierdzeniu wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej w gminach powiatu lwowskiego ogłaszać będzie w dziennikach nazwy miejscowości zakażonych, a to w celu przestrzeżenia mieszkańców i wezwania ich na tej drodze do należytej ostrożności. Podkreślamy, że zarządzenie to fizyka miejskiego miało miejsce we Lwowie i nie szukalibyśmy analogii tego projektu, dodajmy szczęśliwie i rozumnie pomyślanego, do stosunków krakowskich, gdyby nie fakt, który zaszedł na łamach »Przeglądu lekarskiego«, a którego wytłómaczenia domaga się liczne grono czytelników naszych. Rzecz się miała tak: od połowy listopada do połowy grudnia ogłaszaliśmy obok tablic śmiertelności, wykaz zachorowań w tymże samym czasie na choroby zakaźne. Wykaz ten oddawał rzetelne usługi lekarzom, bo każdy z nich mógł łatwo zoryentować się w położeniu, tu i ówdzie przestrzedz, a przedewszystkiem stanowczo odeprzeć plotki, tak często podawane z ust do ust, o grasujących epidemiach w Krakowie. Pan fizyk przeciął źródło tego wykazu, a krok ten usprawiedliwił argumentem „nie trzeba straszyć“. Skoro tak mówi, musi mieć dowody, ale są dowody i wręcz przeciwne, mianowicie, że zatajanie daje pole do »straszących« fantastycznych plotek, których próbkę przytaczamy z dni ostatnich: jedna rodzina, stale mieszkająca w Odesie, której nazwisko związane z budową domu akademickiego, jedzie do Rzymu z wnuczętami przez Kraków; oświadcza jednak listownie, że w Krakowie, wbrew zwyczajowi, nie zatrzyma się, gdyż w tem mieście „grasuje mordercza epidemia płonicy“. W bieżącym już tygodniu rodzina obywatelska z okolic Skawiny wzywa do siebie na wieś dwóch lekarzy dla wykonania mniej ważnej operacyi, a na uwagę, że lepiejby było przywieźć dziecko na kilka dni do Krakowa, odpowiada: „wszak w Krakowie grasuje odra“, chociaż dziś wszyscy wiemy, że odra od kilku tygodni wygasła. Czy tego rodzaju fakty nie dowodzą, że metoda »nie straszyć« jest szkodliwą nie tylko ze stanowiska zasadniczego i urzędniczego, ale nawet i ekonomicznego? Czy Kraków potrzebuje pod względem sanitarnym jakiegokolwiek zatajania? czy renomę jego »miasta niezdrowego« nie rozwiałaby najlepiej rzetelna statystyka? Wiemy, że p. fizyk zastał już ten system »nie straszenia« i przekonani jesteśmy o jego dobrej woli, ale wyrachowanie, oparte na tym systemie jest wprost szkodliwe wobec faktu, że urząd fizyka nie posiada władzy przymusowego oddania do szpitala, ani też przymusowej desinfekcyi mieszkań po chorobie zakaźnej. Jeżeli fizyk m. Lwowa może wykazywać i już wykazuje całe wsie podmiejskie, jako zakażone; jeśli tygodnik »Prager medic. Wochenschrift« ogłasza taki wykaz zachorowań na choroby zakaźne w Pradze, a »Wiener klin. Wochenschrift« — czyni to samo dla Wiednia; jeżeli władze wojskowe ogłaszają o każdym przypadku chorób zakaźnych w garnizonie, to na czem opiera p. fizyk m. Krakowa wyjątkowe swoje postępowanie względem obywateli m. Krakowa? Stanowczo Władza kierująca powinna pod tym względem wprowadzić jakieś normy ażeby w tej ważnej sprawie życia i zdrowia obywateli miast naszych rozstrzygały ogólne zasady, a nie indywidualny temperament i dowolność.

* Komitet polski międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Norymberdze ogłasza następujący komunikat:

»W połączeniu ze Zjazdem odbędzie się między 2 a 8 kwietnia b. r. Wystawa higieniczna, obejmująca następujące przedmioty: Wszelkiego rodzaju przyrządy naukowe, modele, plany, rysunki, szkice, tablice graficzne, urządzenia szkolne, przybory do nauki, książki i czasopisma, o ile się one odnoszą do szkoły i do nauki w szkole. Wystawa ta będzie obejmować następujące działy: 1) Higiena budynków i urządzeń szkolnych. 2) Higiena nauki i środków do nauki. 3) Higiena dzieci szkolnych. 4) Wychowanie fizyczne. 5) Higiena dzieci szkolnych w domu. 6) Nauka higieny. 7) Piśmiennictwo zawodowe.

Zgłoszenia przyjmuje się najdalej do dnia 15 lutego.

Bliższych informacyj udziela: Dr. Jan Landau, (Kraków, Grodzka 69).

Za Komitet: Przewodniczący prof. dr. *Odo Bujwid.* Sekretarz dr. *Jan Landau.*

Zgłoszenia tytułów odczytów mają być zamknięte w dniu 15 lutego. Uczestnicy, chcący podać tytuł, proszeni są zatem o załatwienie tego przed oznaczonym wyżej terminem *).

Komitet wniósł podania do zarządów kolejowych o zniżki i ma nadzieję otrzymać je we właściwym czasie.

* Dr. Batko mianowany został naczelnym lekarzem urzędu kwarantanowego w Suezie.

* Dr. Fürbek mianowany został lekarzem kolei państwowej z siedzibą w Tarnowie.

* Ze względu na wysokie koszta desinfekcyi mieszkań formaliną przy użyciu przyrządów Scheringa lub Lingnera, mała pojemność przyrządu Czaplewskiego, wymagająca użycia kilku przy-

*) Ogłoszenie to, zwłaszcza o ile dotyczy terminu 15 lutego, pojawia się za późno, lecz nie z naszej winy. Otrzymaliśmy ten komunikat w przeszły czwartek, t. j. w dniu druku tygodnika. (*Redakcya*).

rządów, a zwłaszcza urządzenie w nim tylko jednego rozpryskiwacza, który łatwo się zatyka spolimeryzowanym formaldehydem, sprawiły, że poręczny w zastosowaniu i dający możność odkażania mieszkania od zewnątrz przyrząd Flüggego najwięcej i słusznie znalazł zastosowanie.

Dr. L. Bier, pragnąc ułatwić nabycie tego przyrządu gminom i instytucyom, zwłaszcza niezamożnym, skłonił blacharza Wł. Bernardyńskiego (Kraków, ul. Dominikańska, 41) do wyrabiania tego przyrządu w wymiarach, zaleconych przez Flüggego za cenę 75 koron; sprowadzony zaś z zagranicy kosztuje bez cła 120 koron. Wyrób odbywa się pod dozorem Dr. Biera.

* Dr. Langie donosi: „Na rzecz Towarzystwa samopomocy lekarzy złożył Dr. Nodzyński z Bochni 50 koron, jako nieprzyjęty od kolegi zwrot kosztów".

* Między 19/I a 1/II doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), jarosławskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.); przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), zaleszczyckim (2 gm.), wreszcie — w mieście Lwowie 4 przypadki.

Mianowania. Prof. Hochenegg mianowany został kierownikiem kliniki chirurgicznej w Wiedniu, w miejsce zmarłego Gussenbauera.

Nekrologia. Dr. Wiktor Grostern, warszawianin, zmarł w Berlinie. Dr. Izydor Rosenthal, fizyolog, zmarł w Erlandze. Dr. Alojzy Szalay, lekarz sztabowy, zmarł w Przemyślu, licząc lat 73.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 2. Biegański: Neo-witalizm współczesnej biologii (c. d.). Lewin: Przegląd roczny. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 5. Ciechomski: Ropne zapalenie stawu skokowego ostre pochodzenia pneumokokowego. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka (c. d.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 5. Goldflam: Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego (c. d.). Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2. Biegański: Przykurczenie ostatnich palców, spotykane u ludu naszego. Kosiński: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową Marmorka i surowicą przeciwszkarlatynową Bujwida. Tumpowski: Przypadek porażenia połowiczego spastycznego z atetozą. Szayerowicz: Krytyczny pogląd na terapię gorączki połogowej. Likiernik: O częstości jaglicy wśród robotników fabrycznych w Łodzi.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 5. Studnička: O některých pseudostrukturách základni hmoty v hyalinni chrupavce. Roubal: Erysipelas puerperale. Mladějovský: Diabetes (c. d.).

— *La Presse médicale* N. 8. Barié: Serce przesuwalne i opadnięcie serca. Godinho: Leczenie surowicze moru.

— *Nr. 9.* Mayor: Uwagi nad znieczuleniem eterowem a chloroformowem. Vitoux: Promienie Blondlot (promienie N). Lermoyez: Pogadanki o elektryczności. Rodzaje prądów. Prąd stały. Prąd przemienny.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 5. Mayer: Cytodyagnostyczne badania cieczy mózgowo-rdzeniowej. Oppenheim: Zapalenie okątnicze, zapalenie otrzewnej, wzdęcie. Zlocisti: Wzmaganie się wydzieliny u matek karmiących. Hirschberg: Przyczynek do rokowania w złośliwych guzach naczyniówki (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Kreissl: Kliniczne doświadczenia nad odczynem Gruber-Widala. Żeleński i Nitsch: Przyczynek do etyologii zapalenia pęcherza moczowego w wieku dziecięcym. Morgenroth: Teorya amboceptorów a próby oziębiania. Zuppinger: Zapalenie krtani pleśniawkowe. Effertz: Gruźlica, ospa, uraz, kiła u Indyan w krajach podzwrotnikowych. Pölzl: O wrodzonych neuromach po amputacyi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5. Friedrich: Stan anatomiczny przy ropotoku błędnika. Naegeli: Powstawanie bazofilnych zziarniałych czerwonych ciałek krwi. Häberlin: Samoistne ostre zapalenie miedniczek nerkowych u ciężarnych. Müller: Sztuczna niedokrwistość. Hecht: Nadnerczyna. Schücking: Przebarwienie skóry wysokiego stopnia po wstrzyknięciu wyciągu z nadnercza. Oppenheimer: O powstawaniu suchot płucnych. — Pulstinger: Wygubienie zimnicy w Germersheim. Winselmann: Łagodzące operacye w nieuleczalnem schorzeniu rakowem. Riegler: Szybkowykonalna metoda gazometryczna do oznaczania cukru w moczu. Jolles: Ulepszony azotometr dla ilościowego oznaczania mocznika i kwasu moczowego w moczu. Gaertner: Mierzenie ciśnienia w prawym przedsionku. Grunert: Wyniki anatomo-patologicznego badania schorzeń ucha środkowego w ostatniem dziesięcioleciu, z rzutem oka na praktykę (dok.). Fischer: Ogólne i wysokiego stopnia zaburzenie zdolności zapamiętywania w początkującem porażeniu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6. Behring: Powstawanie suchot i walka z gruźlicą. Stoklasa: Glikolityczne enzymy w tkance zwierzęcej. Hoffmann: Znikanie stłumienia wątroby w następstwie nieprawidłowego położenia jelita grubego. Mertens: Próby serodyagnostyki raka. Baisch: Korzyść z rękawiczek gutaperkowych przy rękoczynie oddzielania łożyska.

Redakcya otrzymała. W. Orłowski: 1) Obzor rabot po piszczewaritielnym organam za 1901 god. 2) Essentuki. Lieczebnyj sezon 1902 g. (praca zbiorowa). Talko-Hryncewicz: K woprosu ob izuczenii fizyologiczeskich jawlenij połowoj żyźni żenszczyn w Zabajkalii. Krokiewicz: Zwei Fälle von Morbus Hodgkini. Friedmann: Zur Aetiologie der isolierten tiefliegenden Scheidenverletzungen sub coitu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 5 (od 31/I do 6/II) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 21, dz. 29; nieżywo: chł. , dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 14; zamiejscowych: męż. 11, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. 2. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. 1. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 4, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 31, obcych 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 2495 Sokal dnia 26 Stycznia 1904.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Warężu miasteczku z roczną płacą 1200 koron i ryczałtem na objazdki gmin w rocznej kwocie 600 koron.

Do okręgu sanitarnego w Warężu należy 20 gmin z ludnością 11567 dusz, a w miejscu znajduje się apteka publiczna.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść do Wydziału powiatowego w Sokalu w terminie do 1 Marca b. r. udokumentowane podania, do których należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia
2) dyplom doktora wszech nauk lekarskich
3) świadectwo odbytej 2-letniej praktyki w zawodzie lekarskim
4) świadectwo przynależności lub inny dokument na udowodnienie prawa obywatelstwa austryackiego
5) świadectwo zdrowia wystawione przez c. k. lekarza powiatowego
6) świadectwo nieskazitelnego zachowania się, potwierdzone przez c. k. Starostwo.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, ogłoszona w dzienniku ustaw krajowych Nr. 83 z roku 1891, tudzież wykonywanie oględzin bydła i mięsa w Warężu mieście. 132

Z Wydziału Rady powiatowej.

OGŁOSZENIE.

Wielki zakład Kąpieli mułowych dotychczas własnością spółki akcyjnej, w ślicznej podgórskiej okolicy w Ustroniu (Śląsk. austr.) położonej nad rzeką Wisłą niedaleko jej źródeł, jest do wydzierżawienia, lub sprzedania.

Zakład posiada prócz domu kąpielowego z odnośnemi ubikacyami i całkowitym inwentarzem, wzorowo urządzony dom mieszkalny (24 pokoi).

Oprócz kąpieli mułowych (z własną ziemią mułową i prawem doprowadzenia) kąpieli kwasem węglowym, kąpiele wodo-elektryczne, wanny, natryski.

Ziemia mułowa, według badań prof. Ludwiga w Wiedniu, najznakomitsza.

Sezon trwa od 15 Maja do 15 września. Stacya kolejowa w miejscu. Liczne świadectwa doskonałych skutków kąpieli.

Bliższych wiadomości udzielają podpisani.

O zgłoszenia prosimy do 15 Marca 1904.

W imieniu Zarządu: 111

Markus Steinhauer — *przewodniczący Zarządu.* *Jerzy Michejda.* — *członek Zarządu.*